



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

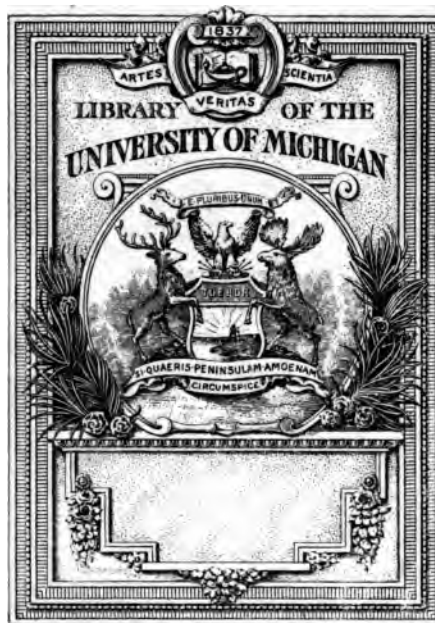
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

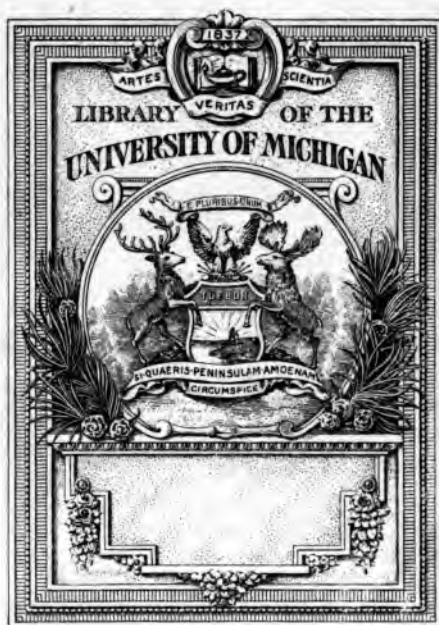




670.

5

1



SL
AS

BULLETINS
DE LA
SOCIETE ANATOMIQUE
DE PARIS

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

Pour les membres de la Société : $\left\{ \begin{array}{ll} \text{Paris} & 4 \text{ fr.} \\ \text{Départ.} & 5 \quad 50 \end{array} \right.$

Pour les abonnés étrangers à la Société. $\left\{ \begin{array}{ll} \text{Paris} & 5 \text{ fr.} \\ \text{Départ.} & 6 \quad 50 \end{array} \right.$

N. B. On s'abonne, par *lettres affranchies*, chez MOQUET, libraire-éditeur, Cour de Rohan, 3, passage du Commerce. Toute lettre que n'accompagnera pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

L'éditeur, pour satisfaire aux nombreuses demandes qui lui étaient adressées, a réimprimé les premières années qui étaient épuisées. La sixième année (1831) manque seule à la collection ; elle est sous presse, et paraîtra incessamment.

BULLETINS

DE LA

74 358

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

22^e ANNÉE (1847.)

PARIS

MOQUET, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

COUR DE ROHAN, 3,

Près le Passage du Commerce, quartier de l'École de Médecine.

1847

BROCA, int. des hôp., aide d'anat. à la faculté.
 CANNEN, ex-int. des hôp., d. m. p.
 CAMPBELL, ex-int. des hôp., d. m. p.
 CAUDMONT, élève des hôp.
 CHAPPELLE, int. des hôp.
 CHAPUIS, int. des hôp.
 CORURDEROT, int. des hôp.
 COFFIN, int. des hôp.
 COLIN, int. des hôp.
 COURTIN, int. des hôp.
 CUSCO, ex-int. des hôp., professeur de la faculté.
 DAGINCOURT, ex-int. des hôp.
 DELATRE, ex-int. des hôp., d. m. p.
 DELPECH, ex-int. des hôp., chef de clinique de la faculté, d. m. p.
 DESORMEAUX, ex-int. des hôp., d. m. p.
 D'HEURLE, ex-int. des hôp., d. m. p.
 DICLOS, int. des hôp.
 DUMOULIN, int. des hôp.
 ESCALIER, int. des hôp.
 FANO, int. des hôp.
 FORGET (Eugène), ex-int. des hôp., d. m. p.
 FREDAUT, int. des hôp.
 GOGUÉ, int. des hôp.
 GROS, ex-int. des hôp., aide d'anatomie à la faculté.
 GRUBY, d. m.
 GUBLER, int. des hôp.
 HILLAIRET, d. m. p., chef de clinique à la faculté.
 HOUEL, ex-int. des hôp., aide d'anatomie à la faculté.
 JOUSSET, int. des hôp.
 LACANAL, ex-int. des hôp.
 LAFILLEY, int. des hôp.

LAILLIER, int. des hôp.
 LAMARSTRÉ, int. des hôp.
 LEBLANC, int. des hôp.
 LEFEBVRE, élève des hôp.
 LEPELLETIER, int. des hôp.
 LEUDET, élève des hôp.
 LUTIN, int. des hôp.
 MACQUET, int. des hôp.
 MARCHAL (de Calvi), prof. agrégé à la faculté, prof. au Val-de-Grâce, Aide-major.
 MIGNON, ex-chef des trav. anat. à Alfort.
 MOLLOY, d. m. p.
 MORREAU (Alexis), ex-interne des hôp., d. m. p.
 NOTTA, int. des hôp.
 OLIFFE, d. m.
 OULMONT, ex-int. des hôp., chef de clinique de la faculté, d. m. p.
 OZANAM, int. des hôp.
 PÉNARD, int. des hôp.
 PIÉGU, ex-int. des hôp., d. m. p.
 PONS, int. des hôp.
 RAGLE, int. des hôp.
 RICHERT, ex-int. des hôp., ex-prosecteur à la faculté, chir. du bureau central.
 RIEUX, int. des hôp.
 ROUSSET, ex-int. des hôp., d. m. p.
 SIMON, int. des hôp.
 STUART COOPER, chef de cli. de la faculté.
 THOREZ, ex-int. des hôp., d. m. p. (à Sceaux).
 VERNEUIL, int. des hôp.
 VIALLET, int. des hôp.
 VIARD, int. des hôp.
 WICKHAM, int. des hôp.
 WILLEMIN, ex-int. des hôp.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXII^e ANNÉE.

BULLETINS N^o 4 ET 2 (Janvier et Février 1847).

RÉDIGÉS

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORNEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, POUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société*
— 1. Fracture transversale de l'acromion : arthrite ancienne.
— 2. Anastomose du nerf mylo-hyoïdien avec le nerf lingual.
— 3. Dégénérescence graisseuse du canal médullaire du fémur. — 4. Paraplégie dépendant d'une accumulation de graisse autour des enveloppes de la moelle épinière. — 5. Tumeur de l'utérus : nature douteuse. — 6. Tumeurs enkystées du rein. — 7. Tumeurs fibreuses de l'utérus. — 8. Kystes de l'ovaire. — 9. Épaississement des parois pyloriques de l'estomac : tubercules dans les poumons ; discussion. — 10. Amenorrhée : oblitération des trompes de Fallope.
- B. *Anomalie veineuse observée à la partie antérieure du cou.*
(Note.)
- C. *Cancer de l'estomac. — Mort.* (Observ.)
- D. *Fracture par arrachement des os du carpe, à la suite d'un diastasis de l'articulation médio-carpienne.* (Ob. et rapport)
- E. *Accumulation d'une quantité considérable de pus dans l'intérieur de l'utérus. — Tubercules et rupture de l'utérus.*
- F. *Quatorze ténia expulsés en une seule fois.*
- G. *Cancer du rein. — Extrait du rapport.*
- H. *Hémorrhagie cérébrale et ramollissement, avec épanchement dans l'arachnoïde à la surface de chaque hémisphère.*
- I. *Hypertrophie du ventricule gauche du cœur.*
- J. *Rétrécissement aortique dû à des dépôts calcaires, crétacés, dans l'intervalle des feuillets qui constituent les valvules.*
- K. *Opération césarienne. — Mort de la mère. — Enfant vivant.*
-

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. *Houel* présente une pièce de l'épaule prise chez une vieille femme apportée de la Salpêtrière à l'Ecole Pratique pour servir aux dissections. On y remarque une fracture transversale, non consolidée, de l'acromion ; la face inférieure du fragment qui se trouve régulièrement en place, est lisse, recouverte par une lame légère de tissu qu'on pourrait prendre d'abord pour du cartilage, mais qui n'est que le périoste devenu lisse et poli par suite de ses rapports avec la tête humérale, ainsi que nous allons le dire. Sur la tête de l'humérus, le cartilage qui manque sur plusieurs points, est ailleurs moins épais que d'habitude. On ne retrouve pas de traces de la capsule scapulo-humérale, sauf un peu sur le bord postérieur de la cavité glénoïde où elle est courte et doublée par les muscles sous-épineux et petit rond. L'humérus se trouve, par suite de cette absence de la capsule, élevé à un degré extrême, de façon que la face inférieure de la tête humérale répond seule à la cavité glénoïde, tandis que la grosse tubérosité ou trochiter vient frotter contre la face inférieure de l'acromion, ce qui l'a rendue également lisse et polie, mais sans cartilage d'incrustation. Le tendon rompu de la longue portion du biceps est venu s'insérer dans le fond de la gouttière bicipitale et se confond là avec le périoste et l'os. M. *Houel* est tout porté à nommer cette lésion une luxation scapulo-humérale incomplète en haut.

M. *Deville* nie que ce soit une luxation incomplète. Il ne voit dans le fait présenté que les conséquences d'une arthrite consécutive à une contusion considérable de l'épaule. L'élévation de l'humérus qui vient frotter d'une manière permanente contre l'acromion par son trochiter, s'explique par la disparition de la capsule. Mais il n'y a pas luxation; car le bas de la

tête de l'humérus répond à toute la cavité glénoïde. Les surfaces articulaires ne se sont donc pas abandonnées.

M. *Barth* reconnaît aussi qu'il n'y a pas luxation, puisque les surfaces articulaires se correspondent, et voit aussi dans la lésion les suites d'une arthrite. Il voudrait bien savoir s'il n'y a pas eu de suppuration dans l'articulation, et regrette beaucoup que M. *Houel* ne puisse pas affirmer d'une manière positive s'il y avait ou s'il n'y avait pas de cicatrices à l'extérieur dans les environs de l'épaule. Du reste, la pièce présentée rappelle beaucoup à M. *Barth* les lésions de cette espèce d'arthrite qu'on rencontre parfois dans les hôpitaux, qui commence comme un rhumatisme fort douloureux survenu à la suite d'une contusion de l'épaule ou d'un effort fait pour soulever un fardeau. Cette arthrite, après avoir persisté pendant un certain temps, remarquable par sa durée et sa résistance à la plupart des médications, diminue et laisse à sa suite une déformation avec immobilité de l'épaule.

M. *Houel* dit que deux faits analogues à celui qu'il a présenté, viennent d'être publiés dans les journaux anglais sous le nom aussi de luxation incomplète en haut, dont on donne comme un des signes l'adhérence du tendon du biceps dans la gouttière bicipitale.

2. M. *Cusco* présente deux pièces: l'une, au nom de M. *Gosselin* qui l'a reçue de M. *Aubry*, chef de travaux anatomiques de l'École de Rennes, et sur laquelle on voit le nerf mylo-hyoïdien arrivé au milieu de la ligne oblique interne, envoyer un filet anastomotique assez notable au nerf lingual. L'existence de cette anastomose aurait une certaine valeur, puisque le nerf mylo-hyoïdien, branche du masticateur, est un nerf moteur, tandis que le lingual est un nerf sensitif. M. *Cusco* pense qu'on pourrait résoudre la difficulté de deux façons : 1° en disant que le nerf mylo-hyoïdien, qui passe toujours à travers le nerf dentaire, lui emprunte des filets sensitifs qu'il restitue ensuite au lingual ; 2° ou bien en supposant que le nerf masticateur envoie des filets moteurs aux muscles de la langue.

3. La seconde pièce de M. Cusco lui a été donnée par M. Grivot-Grandcourt, qui l'a trouvée sur le cadavre d'un homme servant aux opérations dans l'amphithéâtre de Clamart. Cet homme, d'un embonpoint ordinaire, avait environ une quarantaine d'années. En amputant la cuisse droite, on a trouvé le canal médullaire du fémur rempli par une graisse figée. On a scié l'os en long, et on a trouvé la même disposition sur toute la longueur du canal médullaire du fémur, et dans toute la portion spongieuse dont les parois osseuses sont manifestement amincies. Cette dégénérescence graisseuse, comme l'appelle M. Cusco, n'existait dans aucun autre os de ce cadavre. M. Cusco aurait voulu enlever par la macération toutes les parties molles, de manière à bien voir la disposition des lamelles du tissu spongieux ; mais dans ce temps froid, les macérations ne réussissent pas.

M. Gros ne trouve dans ces lésions rien de particulier ; il les a rencontrées bien des fois pendant ses recherches sur la structure des os ; et il les regarde comme un degré un peu avancé de l'obésité qui peut attaquer les os absolument comme les autres organes.

4. M. Chapelle fait voir un cas curieux d'accumulation de graisse autour des enveloppes de la moelle épinière, chez une jeune fille de 4 ans, morte à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Guersant. Cette enfant entra au mois de décembre pour une faiblesse considérable des membres inférieurs, qui datait de plusieurs jours. L'enfant rapportait qu'un mois et demi auparavant, elle avait senti tout-à-coup, pour la première fois, ses jambes fléchir sous elle, pendant qu'elle jouait. En effet, au moment de l'entrée, l'enfant pouvait faire mouvoir à volonté les jambes ; mais celles-ci n'avaient pas assez de force pour supporter le poids du corps. La jambe gauche était notablement plus faible que la droite. La sensibilité était éteinte aux deux membres inférieurs, un peu plus à gauche qu'à droite. Le père de l'enfant assurait que la faiblesse des deux membres allait en augmentant depuis 15 jours. La petite malade, d'une

constitution lymphatique, d'un embonpoint très prononcé, qui avait joui jusque là d'une très bonne santé, était dans un état d'apathie générale; l'intelligence était nette, mais lente. Rien à la colonne vertébrale ni dans les fosses iliaques. Sensibilité et motilité intactes dans les membres supérieurs. Pas d'incontinence d'urine. — 4 cautères appliqués à la région lombaire avaient amené un peu d'amélioration, lorsque l'enfant a été prise de scarlatine et de gangrène de la vulve, qui ont amené la mort vers la mi-janvier. — A l'autopsie, la colonne vertébrale et les centres nerveux ont été trouvés parfaitement intacts, sauf que la dure-mère rachidienne est entourée surtout en arrière, depuis la région cervicale jusqu'au bas de la moelle, par une grande quantité de graisse grossièrement lobulée, interposée entre elle et la colonne vertébrale. Cette graisse bien caractérisée, (car elle graisse le papier; sa couleur, sa consistance et sa disposition, sont celles de la graisse ordinaire), est en quantité d'autant plus considérable qu'on l'examine plus bas, et vers la queue de cheval, elle forme une masse qui remplit tout l'intervalle compris entre la dure-mère et le canal rachidien, de manière même à comprimer incontestablement la moelle épinière.

5. M. Courtin montre deux pièces provenant du service de M. Beau à l'Annexe. La première provient d'une femme chez laquelle on avait diagnostiqué un cancer utérin, et morte d'anémie, d'hémorrhagies utérines et en outre avec quelques symptômes d'angine de poitrine. — A l'autopsie, on trouve la paroi postérieure de l'utérus saine. Dans la paroi antérieure est logée une tumeur purement fibreuse, faisant saillie dans la cavité utérine, mais recouverte encore par une couche de fibres musculaires. Le col utérin et le haut du vagin sont convertis en une masse dans laquelle M. Robin a reconnu au microscope les caractères du cancer épidermique. Il semble à M. Barth que c'est un cancer dont le suc ne sort plus aujourd'hui, parce qu'il a été détruit par la macération à laquelle les pièces ont été soumises.

6. La seconde pièce de M. Courtin est un rein gauche d'un homme septuagénaire, mort à la suite d'une maladie pulmonaire,

sans avoir jamais rien présenté du côté des reins, sans qu'on ait jamais rien trouvé d'anormal dans les urines traitées par la chaleur et l'acide nitrique. Dans les derniers temps de la vie, il y avait eu des selles involontaires. Le rein est farci de tumeurs enkystées, dans lesquelles MM. Lebert et Robin ont trouvé surtout de la matière grasse, quelques granules moléculaires indéterminés, et des globules granuleux de l'inflammation. Dans le rein droit, il n'y avait que des traces d'une hypérémie légère.

7. M. Escalier présente l'utérus d'une femme de 38 ans, morte à la Maison de Santé, dans le service de M. Monod, où elle était entrée pour un polype utérin et une métrô-péritonite. La malade avait des pertes blanches et parfois rouges depuis dix mois. On reconnut en effet l'existence d'un polype, mais on n'eut pas à s'en occuper, parce que la péritonite occasionna la mort. — L'utérus offre un grand nombre de tumeurs fibreuses placées vers la surface péritonéale. Une seule tumeur proémine dans la cavité utérine et dans le vagin, de manière à former comme un polype adhérent par sa base à la face postérieure et gauche près de la ligne médiane de l'utérus. Une membrane muqueuse continue avec la muqueuse utérine, et quelques fibres musculaires environnent encore la tumeur, ce qui fournit à M. Barth l'occasion de faire remarquer qu'en tordant un polype de ce genre, on *tord en même temps* des éléments de l'utérus.

8. M. Grivot-Grandcourt présente des kystes recueillis sur une femme de 60 ans environ, qui servait de sujet d'étude dans l'amphithéâtre des hôpitaux. Ces kystes placés derrière l'utérus s'étaient développés dans l'épaisseur du ligament large et se trouvaient réunis entr'eux de manière à former une tumeur mamelonnée du volume de la tête d'un enfant. L'un d'eux offrait dans une partie de son étendue des parois osseuses, tandis que ces dernières étaient molles et presque transparentes dans tous les autres. Du côté opposé à celui où se trouvaient ces kystes, on voyait une autre tumeur uniloculaire contenant dans sa cavité des poils et de la matière butyreuse.

A cette occasion, M. Barth rappelle qu'il y a quelques mois, M. Pigné a lu au sein de la société un travail dans lequel il cherchait à démontrer que ces exemples de kyste pileux devaient être rapportés à des *monstruosités par inclusion*, et non point à des grossesses extra-utérines, comme on l'avait cru pendant longtemps. Cependant, d'après M. Barth, ces kystes n'existent que chez la femme; on les voit toujours dans l'abdomen et constamment dans le voisinage de l'utérus : ces raisons ne suffisent-elles pas pour jeter du doute sur la vérité de la théorie proposée par M. Pigné? Il est en effet beaucoup plus rationnel de supposer que l'ovule, au moment de la fécondation, est tombé dans la cavité du petit bassin, s'y est développé, mais y a vécu trop peu de temps pour arriver à maturité, et qu'à sa mort ses éléments s'étant dissociés ont subi des modifications nombreuses qui rendent leur origine pour ainsi dire méconnaissable.

Quant aux ossifications que l'on rencontre sur les parois de l'un de ces kystes, on s'explique facilement leur production par la diminution de volume et le resserrement d'un kyste séreux considérable.

Relativement au mécanisme des ossifications partielles que l'on a rencontrées sur les parois de ces kystes, M. Richard prie M. Barth de vouloir bien donner quelques développements à sa pensée. Il semble en effet, que M. Barth considère ces ossifications comme le résultat d'un simple resserrement de tissu. M. Richard pense qu'il y a eu sur ce kyste une série de transformations analogues à celles qu'éprouvent dans la plèvre, ou le péricarde par exemple, les fausses membranes qui de l'état pulpeux passent par des transformations successives à l'état de plaques cartilagineuses et même osseuses. En un mot, c'est pour lui une *évolution pathologique* et nullement le résultat d'une cause agissant d'une manière *purement mécanique*.

M. Barth souscrit en effet aux opinions émises par M. Richard; la rapidité de la discussion ne lui a pas permis d'entrer dans ces développements qu'il juge comme lui indispensables.

9. M. Bérault présente une pièce tendant à infirmer l'incompatibilité des affections tuberculeuses et cancéreuses chez le même individu :

A l'autopsie d'un homme de 46 ans, mort dans le service de M. Sandras, à l'Hôtel-Dieu annexe, on aurait en même temps constaté dans les poudions la présence de tubercules à tous les états, et un cancer non ulcéré en voie de formation au pylorus. La nature de cette dernière lésion, qui n'inspire aucun doute à M. Bérault, n'a cependant point paru aussi évidente à M. Robin, qui n'y a point retrouvé les caractères pathognomoniques du cancer.

Pour M. Barth, qui a la pièce sous les yeux, ce fait est un de ceux qui commandent la plus grande réserve dans l'appréciation des lésions : pourquoi ne pas se borner à décrire les altérations telles qu'on les rencontre, au lieu de les définir, et de décider ainsi ce qui est en litige ? D'après ce principe, la pièce de M. Bérault n'offre à considérer qu'un épaississement des parois pyloriques sans ulcération, lésion qui ne suffit évidemment point pour affirmer qu'il y ait cancer, bien que quelquefois on l'observe au début de celui-ci. — L'hypertrophie chronique du plan musculoux de l'estomac est du reste une de ces affections encore peu connues dans leur marche, et qui simulent d'autant plus facilement des cancers, qu'on les voit plus souvent s'accompagner de vomissements ; mais le produit de ces derniers n'offre jamais cet aspect noirâtre qui caractérise le carcinôme. Il peut bien y avoir aussi quelquefois des ulcérations ; mais celles-ci ont en général une tendance à guérir qui ne se retrouve plus dans les ulcérations cancéreuses.

Quant à la loi d'incompatibilité admise par les pathologistes, on ne doit point la formuler d'une manière aussi générale que le croit M. Bérault ; car l'on peut rencontrer chez le même individu des lésions appartenant à ces deux ordres de maladies ; mais alors elles ont subi leur évolution à des époques différentes : c'est ainsi qu'un enfant peut avoir des tubercules, qui rétrogradent et guérissent même, après avoir fait des progrès

évidents; puis plus tard vers l'âge de 40 ou 50 ans, on voit survenir un cancer qui suit une marche indépendante de la première affection qui a cessé de manifester son existence depuis plusieurs années.

10. M. *Pénard* montre les organes génitaux internes d'une femme de 36 ans morte phthisique dans le service de M. *Guérard* à l'Hôtel-Dieu. Bien qu'elle n'ait point eu d'enfants, ni de fausse couche, les dimensions du vagin ne laissent aucun doute sur l'existence de rapports conjugaux antérieurs. Mais le fait le plus important, c'est que cette femme affirme n'avoir jamais été réglée et n'avoir ressenti à aucune époque de douleurs comparables à celles qui s'observent si souvent dans les dysménorrhées; elle a seulement remarqué que chaque mois elle était sujette à un peu de migraine.

Voici maintenant les altérations constatées à l'autopsie :

L'utérus, dont le tissu est extrêmement dur, présente les dimensions suivantes :

du col à son fond	0 ^m , 064 ³⁰
longueur de la cavité du col	0, 025
id. id. utérine	0, 030

Il existe une tumeur fibreuse de 0 , 01 de diamètre sur la partie moyenne et supérieure de la matrice. La face antérieure de cette dernière paraît tuméfiée et légèrement injectée. A gauche on rencontre un grand nombre de petits kystes jaunâtres, hydatifomes, indépendants les uns des autres et fixés au tissu même de l'utérus. A droite on n'en aperçoit qu'un seul qui paraît complètement logé dans l'épaisseur de l'organe.

Du côté droit, la trompe de Fallope est moyennement distendue dans une grande partie de sa longueur, tandis que son pavillon, qui est d'ailleurs oblitéré, est fortement tendu et fluctuant. En arrière l'on voit un petit kyste du volume d'un gros pois, analogue à ceux placés sur le côté gauche de l'utérus. A gauche, le pavillon offre la même distension que le droit : ils adhèrent du reste l'un et l'autre aux ovaires par des lamelles celluleuses.

Ces derniers organes, d'un volume ordinaire, sont fendillé et ridés, comme ceux d'une femme menstruée.

Détachées des ovaires, les trompes ont l'apparence d'un sac fermé à ses extrémités : elles sont distendues par un liquide brunâtre et qui paraît contenir des granulations.

Quant aux ovaires, ils sont très consistants; leur tunique albuginée est épaisse et indurée : leur face externe présente des sillons peu profonds, montrant dans leur intérieur une ligne rougeâtre dont l'aspect paraît différer de ces cicatrices étoilées qui résultent de la rupture des vésicules de Graaf. A leur intérieur, on voit çà et là de petites lignes qui paraissent être des épanchements sanguins, sans que l'on puisse affirmer toutefois que telle en soit la nature : on distingue en outre de petites granulations blanchâtres qui ne sont ni des ovules ni des vésicules de Graaf; car la membrane externe est opaque et assez épaisse.

Après avoir ajouté qu'il n'y avait aucune altération dans le petit bassin, M. Pénard demande si ce fait de l'oblitération des trompes coïncidant avec une amenorrhée complète, ne confirme pas l'opinion des auteurs qui regardent le sang menstruel comme venant des ovaires; et si l'état pathologique de ces derniers ne tiendrait pas à l'impossibilité de la menstruation.

M. Cruveilhier rappelle à cette occasion qu'il a observé un cas d'absence de la cavité utérine chez une femme qui n'avait jamais eu ses règles.

Deux théories, dit M. Barth, existent dans la science pour expliquer l'origine du sang menstruel; pour les uns, il est fourni par la cavité utérine; pour les autres, au contraire, il est intimement lié à l'évolution de l'ovule et vient directement de l'ovaire : dans le cas actuel, c'est évidemment cette dernière qui paraît la plus vraie : mais comme ce fait est isolé et en opposition avec d'autres, où l'on a vu le sang provenir directement de la surface utérine, l'on doit se contenter de l'enregistrer en attendant que de nouveaux faits viennent appuyer ou détruire cette théorie. — Pour lui, l'opinion la plus probable, c'est que le sang menstruel est à la fois fourni par l'utérus et l'ovaire.

M. Depaul, contrairement à *M. Barth*, ne pense pas que ce fait vienne à l'appui de la seconde théorie : pour rejeter cette opinion, il se fonde sur l'état pathologique des ovaires, dont la membrane externe est hypertrophiée : les rides qu'elle présente diffèrent sensiblement des cicatrices résultant de l'évolution de l'ovule : ces dernières, en général étoilées, présentent dans leur milieu un petit enfoncement que l'on ne retrouve point ici. Il pense même que ces ovaires n'ont jamais subi ce travail physiologique ; car à leur intérieur, on ne trouve ni vésicule ni traces d'épanchement sanguin. Et n'a-t-on pas vu d'ailleurs des femmes parfaitement réglées, bien qu'à l'autopsie on constatât l'oblitération des trompes ?

En résumé, le fait de *M. Pénard* ne prouve rien, tandis que d'un autre côté beaucoup de raisons démontrent que le sang vient exclusivement de l'utérus.

M. Guérard répond à *M. Depaul* que l'on ne doit pas accepter sans interprétation les exemples qu'il vient de citer de femmes ayant eu leurs règles malgré l'oblitération des trompes : il est en effet de la plus grande importance de savoir à quelle date remonte cette oblitération ; car il peut très bien arriver que celle-ci ne soit survenue qu'à une époque assez avancée, c'est-à-dire à cet âge où l'utérus vient fournir des matériaux au sang menstruel ; on a la preuve de ce nouveau rôle que joue la matrice pendant la période menstruelle, dans l'abondance quelquefois excessive des règles chez les femmes qui ont eu des enfants.

Pour la malade au contraire qui fait le sujet de la discussion, l'oblitération s'est faite (tout permet du moins de le supposer) au moment de la puberté, à la suite des congestions dont l'ovaire a été le siège à cette époque : or, comme à cet âge, l'ovaire est le seul organe qui donne naissance au sang des règles, l'oblitération des trompes a empêché la fonction de s'établir.

Les faits dont parlait *M. Depaul*, ajoute *M. Barth*, prouvent seulement que dans ces cas le sang venait uniquement de l'utérus ; celui de *M. Pénard* montre à son tour que ce liquide doit

aussi provenir d'une autre source, puisque l'on retrouve des cicatrices à la surface des ovaires dont l'état pathologique n'est point démontré, leur consistance n'offrant rien d'anormal pour une femme de 36 ans. Il faut donc enregistrer ce fait comme venant à l'appui de la théorie qui regarde l'ovaire comme le siège du travail menstruel.

M. Depaul persiste dans ses conclusions premières ; pour lui, il n'y a pas trace de cicatrices ; car dans les anfractuosités de la surface des ovaires, la membrane séreuse est liasse, au lieu d'être rugueuse et irrégulière. C'est donc donner une fausse interprétation à un fait insignifiant que d'adopter la conclusion de M. Barth. Mieux vaudrait dire que l'intégrité des ovaires est indispensable à l'accomplissement régulier de la menstruation. Il se rappelle avoir vu les ovaires manquer chez une femme qui n'avait jamais été réglée, bien qu'il y eût parfaite conformation des autres parties de l'appareil génital.

Quant à l'opinion de M. Guérard, qui voit, suivant l'âge, le sang menstruel fourni d'abord par les ovaires, puis plus tard par l'utérus dont l'action vient s'ajouter à celle des premiers, ce n'est là qu'une hypothèse ; car cette facilité, avec laquelle les règles coulent si l'on a déjà eu des enfants, peut très-bien s'expliquer par la souplesse et l'élargissement du col en même temps que par la vascularité plus grande du tissu utérin.

Tout le monde sait encore que dans l'ouvrage de Mme Boivin existe une planche qui représente le sang exhalé par la muqueuse utérine.

M. Macquet rappelle que chez la femme atteinte de recto-cèle vaginal dont il a présenté la pièce, la menstruation se faisait régulièrement, malgré l'existence de kystes séreux de l'ovaire.

M. Thibault demande si le fait suivant, observé par M. Henri Guéneau du Mussy pendant son internat, ne viendrait pas à l'appui de l'opinion de ceux qui regardent l'ovaire comme l'agent le plus important de la menstruation. Une jeune femme, au moment où elle avait ses règles, prend à Orléans la

diligence de Paris : celle-ci verse en route; les règles s'arrêtent, et la femme est amenée à l'Hôtel-Dieu, où elle meurt dans la nuit. A l'autopsie on trouve dans le petit bassin un énorme caillot sans trace de contusion dans le ventre.

M. *Depaul* répond qu'il a pu se faire là une rupture vasculaire comme il en a rencontré un cas sur une veine ovarique qui, en se rompant, avait donné lieu à une hémorrhagie considérable du petit bassin.

M. *Mercier* rappelle qu'en 1837, il a eu, dans un rapport, occasion de rechercher la cause de l'oblitération des trompes, et qu'il a pu s'assurer qu'elle tenait souvent à une blennorrhagie vaginale, l'inflammation se propageant par l'utérus et les trompes, dont la continuité était alors interceptée par la présence de fausses membranes.

Il a pu une autre fois encore, en 1838, constater l'influence de la même cause chez une jeune fille qui succomba à une fièvre typhoïde.

MEMBRES ADMIS PENDANT LE TRIMESTRE.

Membres Titulaires.

M.
MAILLIOT, d, m, p.

M.
DEPAUL, d, m, p.

Membres adjoints.

MM.
PÉNARD, int. des hop,
D'HEURLE, *id.*
NOTTA, *id.*
VIALLES, *id.*
WILLEMIX, *id.*
BOULLAND, *id.*

MM.
RIEUX, *id.*
BERNARD, *id.*
VERNEUIL, *id.*
BROCA, *id.*
LEBELLETIER, *id.*
BOUSSE, *id.*

Membres correspondants.

M.
BOGROS.

M.
HANNON.



Note sur une anomalie veineuse observée à la partie antérieure du cou.

Par A. NOTTA, interne des Hôpitaux, (25 décembre 1846.)

Le 27 août 1846, entré à l'hôpital Cochin, salle St-Philippe, service de M. Nonat, la nommée Lecomte (Joséphine), âgée de 38 ans, et présentant tous les symptômes d'une maladie organique du cœur. M. Nonat diagnostiqua une insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, un rétrécissement de l'orifice aortique et de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, les veines du cou étant fortement tendues, on constata que les jugulaires externes étaient peu volumineuses, et que sur la ligne médiane au-devant de la trachée existait une veine très-volumineuse soulevant les téguments. Le 15 septembre, la malade mourut. A l'autopsie on trouva les lésions du cœur, qui avaient été diagnostiquées pendant la vie.

Voici ce que la dissection des veines du cou m'a démontré : les deux veines jugulaires internes sont normales.

A droite de la ligne médiane et sur la partie latérale du cou existe une veine jugulaire externe tout-à-fait rudimentaire. Il n'y a pas de jugulaire antérieure.

A gauche, on voit une jugulaire externe d'un calibre un peu moindre qu'à l'état normal ; et à un pouce en dedans est située une veine jugulaire antérieure assez grêle qui s'anastomose au niveau de l'os hyoïde et sur ses parties latérales avec la jugulaire interne. Cette anastomose a lieu au moyen d'un tronc veineux considérable qui se porte directement d'avant en arrière pour tomber perpendiculairement dans la jugulaire interne. Cette veine reçoit en outre quelques veinules du larynx.

A la partie antérieure du cou, le long de la ligne mé-

diane au-devant de la trachée et du larynx est située une veine dont le calibre est égal à celui d'une jugulaire interne. Cette veine, ainsi que les précédentes, est située dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle s'étend depuis l'articulation-sterno-claviculaire droite jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, d'abord un peu oblique de droite à gauche, elle monte bientôt au-devant de la trachée sur la ligne médiane, puis au-devant du cartilage cricoïde et de l'angle saillant du cartilage thyroïde. Arrivée au bord supérieur de ce cartilage, elle se divise en deux branches d'un calibre à peu près égal qui se portent transversalement l'une à droite, l'autre à gauche, chacune de ces branches s'anastomose largement avec la jugulaire interne correspondante. La branche gauche s'anastomose aussi largement avec la jugulaire antérieure précédemment décrite.

Inférieurement cette veine médiane se divise en deux branches au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. La branche droite la plus volumineuse se porte transversalement en dehors, derrière la clavicule à laquelle elle est accolée, au-dessus de la veine sous-clavière, passe ainsi au-devant de la jugulaire interne et va enfin se jeter dans la sous-clavière dans le point où cette veine reçoit la jugulaire externe droite. La branche gauche de bifurcation se porte obliquement en dedans au-devant de la trachée : arrivée au niveau de la fourchette du sternum, elle forme une anse à concavité tournée en haut, et se continue avec la jugulaire antérieure précédemment décrite. De cette anse part une branche qui se porte derrière la clavicule gauche et va se jeter dans la sous-clavière dans le point où cette veine reçoit la jugulaire externe.

Ainsi, en résumé, nous voyons que les deux veines jugulaires internes sont normales; qu'il existe à gauche deux jugulaires superficielles d'un certain calibre, tandis qu'à droite il n'y a qu'une jugulaire externe tout-à-fait rudi-

mentaire, et qui paraît être remplacée par cette veine médiane située au-devant de la trachée.

Cette anomalie veineuse, qui est intéressante au point de vue des opérations qui se pratiquent sur la trachée et le larynx doit se présenter rarement, car il n'en est point fait mention dans la médecine opératoire de M. Velpeau, ni dans son Anatomie chirurgicale. M. Malgaigne n'en parle pas non plus. M. Blandin dit, à propos des veines du cou : (Anat. des régions, 1834, p. 192) « On trouve quelquefois « encore sur la ligne médiane une autre veine qui vient de « la région sus-hyoïdienne, et qui se termine dans la jugulaire antérieure ou dans l'une des sous-thyroïdiennes ; » et plus loin, p. 200 : « Dans l'incision de la membrane « crico-thyroïdienne on coupe les branches artérielles crico-thyroïdiennes et la veine médiane superficielle quand elle « existe. » Il faut que M. Blandin n'ait rencontré cette veine qu'avec un petit volume, puisqu'il paraît regarder sa section comme n'étant pas plus à redouter que celle des autres rameaux veineux situés au-devant de la trachée, et qu'il n'en fait pas l'objet de considérations particulières.

La présence d'une veine médiane aussi volumineuse augmente les difficultés de la trachéotomie. Pour arriver à la trachée il faudrait probablement rejeter sur le côté la veine, ce qui serait difficile à cause de son énorme distension; distension qui accompagne toujours les lésions qui nécessitent l'opération de la trachéotomie.

Fixée au-devant du larynx par ses deux branches d'origine et par plusieurs petites veines qui vont se rendre du larynx dans ses branches, cette veine médiane ne pourrait être déplacée dans ce point, de sorte qu'on ne pourrait pratiquer la laryngotomie sans léser la veine. Par conséquent une semblable opération ne devrait être pratiquée à cause du volume considérable du vaisseau, sans sa ligature préalable au-dessus et au-dessous de la partie antérieure du car-

tilage thyroïde ; c'est-à-dire qu'il faudrait faire la ligature de la veine médiane à sa partie moyenne et celle de ses deux branches d'origine.

Affection cancéreuse de l'estomac, suivie de mort.

Par E. GUIBOUR, interne des hôpitaux (6 novembre 1846).

La nommée Montgobert (Catherine) blanchisseuse, âgée de 58 ans, entre le 18 août 1846, dans le service de M. Hugnier, à Lourcine, salle St-Louis, n° 4.

Cette femme d'une constitution détériorée, considérablement amaigrie depuis 7 mois, paraît avoir un âge beaucoup plus avancé que celui qu'elle a réellement. Son visage, d'une teinte jaune-paille bien caractérisée, exprime la souffrance ; ses traits sont grippés ; elle se plaint continuellement.

Sa santé fut toujours très bonne ; elle eut 4 enfants ; ses couches furent très heureuses ; la dernière eut lieu il y a 23 ans. Depuis 12 ans, elle n'est plus menstruée ; l'époque de la cessation de ses règles ne fut marquée par aucun accident, sa santé continua à être parfaite.

Il y a 7 ou 8 mois, cette femme reçut à l'épigastre un coup de timon de voiture. Ce coup fut suivi d'une tuméfaction épigastrique assez douloureuse pour que la malade se décidât à entrer à la Pitié, où elle fut reçue dans le service de M. Clément. Elle y fut traitée par des purgatifs répétés qui provoquèrent des vomissements à la suite desquels la tumeur (au dire de la malade), creva d'elle-même. Elle rendit alors par la bouche environ 2 litres d'un pus jaunâtre et infect ; un soulagement très notable suivit cette évacuation, et la malade après un mois de séjour à la Pitié, sortit de cet hôpital pour retourner chez elle ; mais là, des

vomissements fréquents ayant eu lieu, elle prit le parti de se présenter à Lourcine, et d'entrer dans le service de M. Huguier, où elle fut reçue, bien qu'elle n'eût jamais été atteinte d'aucune affection syphilitique.

Tels sont les renseignements que nous avons recueillis sur les antécédents de la malade. Voici maintenant un court exposé de l'état dans lequel elle se présenta à notre observation, lors de son entrée à Lourcine, le 18 août dernier.

Douleurs continuelles, lancinantes dans le flanc gauche; ces douleurs subsistent depuis un mois. Teinte jaune-paille répandue sur tout le corps, principalement sur la face, la marche est difficile. A l'endroit où siège la douleur du flanc gauche dont nous venons de parler, on sent une tumeur assez bien circonscrite, arrondie, très dure, sans fluctuation aucune, paraissant occuper la cavité abdominale, mais adhérent cependant d'une manière très intime à ses parois. Cette tumeur, située à gauche de l'ombilic, s'étend jusqu'aux limites supérieures de la fosse iliaque gauche; la toux et les selles sont douloureuses à cause de efforts qu'elles déterminent; les selles n'ont jamais été sanguinolentes.

Il y a des vomissements très fréquents; la malade mange extrêmement peu, environ la valeur d'une demi portion dans l'espace de 24 heures; chaque repas est suivi de vomissements qui ont lieu à une distance plus ou moins grande de l'ingestion des aliments, tantôt immédiatement après, tantôt une ou deux heures seulement après cette ingestion.

Les boissons sont également rejetées, sinon en totalité, du moins en grande partie.

Il y a aussi des vomissements sans qu'aucun aliment soit liquide soit solide, n'ait été pris. Dans ce dernier cas les matières vomies sont en petite quantité; elles consistent en un liquide muqueux, filant, d'une couleur brunâtre et te-

nant en suspension un grand nombre de petits fragments qui paraissent provenir soit d'un corps étranger, soit d'une muqueuse ramollie et ulcérée ; ces matières sont acides. — Dans le premier cas, c'est-à-dire dans les vomissements consécutifs aux repas, on retrouve quelquefois des parties d'aliments non encore digérées, mais quelquefois aussi on n'y voit qu'un chyme complètement formé, et dans lequel il est impossible de reconnaître aucune des matières qui ont été ingérées.

La malade a des rapports aigres continuels; aussi sa bouche est-elle toujours mauvaise ; la pression sur la tumeur du flanc gauche augmente la douleur, et provoque les vomissements.

M. Huguier diagnostique un cancer *probablement* de l'estomac ; la position seule de la tumeur qui confine à la fosse iliaque gauche, empêche que le diagnostic soit formulé d'une manière plus positive ; peut-être, en effet, le cancer siègerait-il dans l'intestin ?

La malade est soumise au traitement suivant : application d'un cautère à l'épigastre. Eau de Seltz, eau de Vichy ; le 8 septembre, dans le but de calmer la vivacité des douleurs et de procurer du sommeil, je pratique, d'après la prescription de M. Huguier, sur le lieu même de la tumeur 30 piqûres de lancette superficielles, afin d'inoculer de l'acétate de morphine dissous ; le lendemain même répétition, sans soulagement notable.

Vers le 15 septembre, les deux membres inférieurs deviennent œdémateux ; les bruits du cœur sont normaux ; les urines normales également ; l'œdème des jambes cède d'abord à une position élevée qu'on leur fait prendre au moyen d'un coussin ; mais bientôt cette précaution reste inefficace ; les pieds, les jambes et les cuisses sont considérablement œdémateux. Les membres supérieurs eux-mêmes s'infil-trent aussi vers la fin de septembre. Cette infiltration coïncide avec la disparition progressive des forces, et avec un

amaigrissement de plus en plus prononcé; le 9 octobre pour relever un peu les forces, on administre quelques toniques, que l'estomac ne peut digérer, non plus que les pilules d'opium, et les boissons diurétiques; le 18 la malade est arrivée au dernier degré de l'émaciation; son pouls est presque insensible; elle exhale ce jour et les jours suivants une odeur cadavérique bien caractérisée; la langue est sèche, les dents fuligineuses, ainsi que les lèvres, enfin le 21, elle meurt à 4 heures de l'après-midi.

Autopsie (16 heures après la mort). — Toute la surface du corps est d'une couleur jaune prononcée.

En ouvrant la cavité abdominale, on constate une adhérence intime de ses parois avec la tumeur du flanc gauche sur laquelle nous reviendrons dans un instant. Le foie est granulé; sa substance jaune paraît plus développée que dans l'état normal. Son lobe gauche se prolonge jusque dans l'hypocondre gauche; tout le bord libre de ce lobe, dont le volume est considérable, adhère à la partie supérieure de la paroi antérieure de l'estomac, et un peu au grand épiploon qui occupe la région épigastrique; la partie gauche extrême de ce lobe adhère à la tumeur précitée. Le bord libre du lobe droit du foie présente trois brides pseudo-membraneuses anciennes, qui l'unissent à la partie correspondante du colon transverse.

L'estomac est fortement déjeté à gauche et en bas. Son grand cul de sac descend presque au niveau de la fosse iliaque gauche; le milieu de sa face antérieure est fortement adhérent aux parois abdominales dans une étendue de 4 à 5 centimètres carrés. Cette adhérence étant détruite, et l'estomac se trouvant ainsi complètement dégagé, on trouve que son orifice cardiaque est sain, ainsi que son grand cul de sac et son petit cul de sac. Le pylore paraît sain également; mais vers le milieu de l'estomac, et entre ses deux culs de sac on constate une tumeur globuleuse dure, lisse, occupant les faces internes de l'organe, intéressant seulement

sa face antérieure externe qui est évidemment amincie, et même, réduite à sa seule tunique séreuse au pourtour des adhérences contractées avec la paroi de l'abdomen. La masse arrondie formée par la tumeur a une circonférence de 25 centimètres, mesurée à l'extérieur.

A l'ouverture de l'estomac on trouve une tumeur énorme, formant une saillie considérable dans la cavité de l'organe. Cette tumeur, d'une consistance assez molle, est d'une coloration mélangée de violet, de rouge lie-de-vin et de gris; sa surface inégale est comme découpée en petits mamelons de forme variable, et qu'isolent les uns des autres des dépressions superficielles; souvent à côté d'un mamelon qui constitue une saillie arrondie, on voit une ulcération, creuse, irrégulière, traversée, en forme de pont, par des brides, et contenant une matière ichoreuse d'un gris noirâtre; ces ulcérations rappellent celles du poumon dans la 3 période de la phthisie pulmonaire.

La tumeur est formée de deux lobes; l'un adhère à la paroi antérieure, l'autre à la paroi postérieure. Les deux orifices et les deux culs de sac sont sains, à part cependant un peu de ramollissement de la muqueuse. La tumeur parfaitement circonscrite n'occupe que le milieu des faces postérieure et antérieure de l'estomac. Les deux lobes sont inégaux en volume; la saillie qu'ils forment obstrue et comble tout-à-fait la cavité stomacale, excepté au milieu, où il existe un vide, une sorte de rainure entre les deux lobes; c'est cette rainure ou cette gouttière, creusée ainsi entre deux tumeurs, qui constituait seule la cavité de l'estomac à cet endroit.

Les deux lobes, quand ils sont appliqués l'un sur l'autre, forment une tumeur globuleuse; mais ils peuvent s'écarter, en tournant sur la grande courbure de l'estomac comme sur une charnière ou sur un axe: alors la tumeur, de globuleuse qu'elle était, devient à peu près plane et irrégulièrement elliptique. Nous avons dit que le volume de la tu-

meur, mesurée extérieurement et à son état globuleux, était de 25 centimètres; si on la mesure intérieurement quand elle est ouverte, et *planifiée*, on trouve que son grand diamètre est de 17 centimètres; son petit de 13, et que le pourtour de l'ellipse représentée par la tumeur, n'a pas moins de 37 centimètres. L'épaisseur du lobe le plus considérable est de 4 à 5 centimètres; celle du lobe le plus petit est de 1 à 3 centimètres; seulement, si maintenant nous appliquons ces deux lobes l'un sur l'autre, comme ils l'étaient dans l'état naturel, nous trouvons que la tumeur formait dans la cavité de l'estomac une saillie de 5 à 8 centimètres. En ouvrant l'estomac par sa petite courbure, on voit qu'il ressemble à un coquillage bivalve, chacune des valves étant formée par un des lobes de la tumeur, lobes qui sont plus épais à leur partie adhérente qu'à leur partie libre, qui s'amincit sensiblement en s'arrondissant. La tumeur paraît s'être formée aux dépens de toutes les tuniques de l'estomac, à l'exception cependant de la tunique externe ou séreuse qui, dans certains endroits, constitue seule la paroi de l'organe, en sorte que si cette tunique fût venue à s'ulcérer dans ces endroits, il y eût eu communication directe entre la cavité de l'estomac et la cavité du péritoine. Dans d'autres endroits, et notamment à la face antérieure de l'estomac, le péritoine lui-même n'est pas resté sain; il a été sans doute enflammé, et plus ou moins altéré dans sa substance, puisqu'il a contracté des adhérences très intimes avec la paroi abdominale, adhérences dont nous avons déjà parlé.

La muqueuse de l'estomac, dans la zone qui avoisine le plus près la tumeur, est considérablement ramollie, et même on la trouve parfois ulcérée. Dans tout le reste de son étendue, elle a conservé à peu près ses caractères normaux, sauf cependant, un peu de ramollissement. Les autres tuniques sont détruites au niveau de l'implantation de la tumeur : elles sont plus ou moins détériorées dans son voisinage immédiat, et partout ailleurs, elles sont normales.

Le volume de l'estomac nous paraît, en tenant compte de la place occupée par la tumeur, plutôt diminué qu'augmenté. Cette diminution s'explique par le peu d'aliments qui s'y trouvait ingéré.

La description que nous venons de faire nous semble suffisante, d'abord pour établir que la tumeur est un *cancer encéphaloïde* de l'estomac, et ensuite pour en donner une idée aussi juste que possible. Pour être tout-à-fait complet, nous allons maintenant passer en revue les autres organes les plus importants, ceux du moins dont l'état physiologique ou pathologique nous offre le plus d'intérêt relativement aux symptômes que nous avons observés chez la malade.

Le *cœur* est parfaitement normal, quant à son volume et quant à son tissu, qui n'offre aucune altération.

Les *poumons* sont très sains; ils crépitent sous le doigt dans toute leur étendue; c'est à peine si leur lobe inférieur présente en arrière quelques traces d'engouement hypos-tatique. On trouve une petite quantité de sérosité sanieuse dans la cavité pleurale gauche.

Les *reins* sont sains.

Dans toute l'étendue de la cavité *péritonéale*, on ne rencontre aucune trace d'inflammation.

L'*utérus* est entraîné en obliquité latérale droite par l'ovaire correspondant, et a subi une légère latéro-flexion droite; cet ovaire est atrophié; il forme avec le pavillon de la trompe un kyste séreux de 7 centimètres de longueur sur 4 de largeur, de la forme d'un gros œuf légèrement aplati. Ce kyste est fibro-séreux, clair, transparent, très mince; il adhère par des brides cellulo-séreuses très lâches et en même temps très denses, longues de 3 à 6 centimètres, un à la face postérieure de l'utérus. Une bride très mince et de même nature le rattache à l'extrémité interne de l'ovaire gauche, qui est aussi atrophié sans être malade; ce kyste est placé juste entre la face postérieure de l'utérus

et la partie antérieure droite du *rectum*. Son extrémité inférieure descend jusqu'au dessous du col de l'utérus, dans le fond du cul de sac recto-utérin, de telle sorte qu'on eût pu en sentir la fluctuation à travers la partie supérieure et postérieure du vagin.

L'ouverture du col renferme un liquide, filant, élastique, muqueux. La cavité de l'utérus contient une forte cuillerée à café, d'un liquide séreux, louche, légèrement opalin; l'ouverture supérieure du col est oblitérée; la paroi postérieure de l'utérus forme une convexité manifeste du côté de la cavité utérine et du côté la face postérieure de l'organe. Au niveau de cette convexité, l'utérus renferme dans l'épaisseur de la paroi postérieure de son corps une tumeur ferme, élastique, du volume d'une petite noix, laquelle est beaucoup plus rapprochée de la surface interne que de la surface externe; la substance de l'utérus qui recouvre la tumeur vers la surface interne de l'organe a seulement 0^m,003 d'épaisseur; cette tumeur, qui est de nature fibreuse, adhère légèrement à la substance de l'utérus à l'aide d'un tissu lamellaire séreux, pourvu d'un assez grand nombre de vaisseaux, de manière à permettre une énucléation facile.

— M. Barth fait remarquer qu'ici le cancer occupe surtout la petite courbure : d'après les auteurs, le cancer de l'estomac siègerait le plus souvent au pylore, puis au cardia qui serait plus fréquemment atteint que la petite courbure : c'est une erreur; le cancer du cardia est fort rare et beaucoup moins commun que celui de la petite courbure. — Quant à la nature de la tumeur présentée par M. Guibout, on y retrouve les caractères incontestables du cancer : c'est un encéphaloïde ou un fungus hématoïde, qui n'est, pour M. Barth, dans la grande majorité des cas, qu'un encéphaloïde très-vasculaire.

Fracture par arrachement des os du carpe à la suite d'un diastasis de l'articulation médio-carpienne.

Par E. Guibout, interne des hôpitaux (6 novembre 1846).

Vers la fin d'octobre dernier, un homme de 30 à 40 ans, se précipite volontairement par une fenêtre et tombe d'un 3^e étage sur le pavé; il est relevé sans mouvement et transporté à l'hôpital Necker; là, on constate une fracture comminutive de la cuisse droite, et une vaste contusion de la face; à peine les premiers soins avaient-ils pu être donnés que déjà le malheureux était mort. — Quelques jours après sa mort, son fut cadavre apporté à Clamart, et nous reconnûmes une fracture du poignet.

Voici quel était l'état du membre: la peau de la face dorsale du poignet droit portait les traces d'une ecchymose sans aucune plaie contuse. Après avoir enlevé les téguments, nous vîmes que tous les ligaments dorsaux du carpe étaient fortement ecchymosés et d'un rouge noirâtre. Saisissant le poignet et lui imprimant des mouvements en divers sens, nous perçûmes une crépitation bien manifeste, et nous pûmes même distinguer positivement et constater la présence d'un grand nombre de fragments osseux résultant d'une fracture comminutive, nous séparâmes la partie inférieure de l'avant-bras du reste du membre, et, après avoir enlevé complètement les téguments et les chairs de la partie antérieure du carpe qui n'offraient aucune trace de lésion; après avoir fait macérer la pièce dans l'eau pendant 48 heures, nous reconnûmes les désordres suivants, quand une préparation attentive eut été faite.

Le scaphoïde, vers le milieu de son épaisseur; est séparé

en deux parties à peu près égales, et parallèlement à son grand axe. La fracture est nette et sans fragments multiples, l'os est simplement coupé en deux dans toute sa longueur. Ses surfaces articulaires avec le radius et le trapèze sont parfaitement saines. On trouve seulement une fracture assez superficielle dans le tiers postérieur de la surface articulaire qu'il fournit à la tête du grand os. Les deux petits fragments qui résultent de cette fracture sont restés en place.

Le *grand os* a sa tête complètement séparée de son corps. Tout le pourtour des deux fragments est comme frangé, il offre un grand nombre de petits fragments qui sont à peine adhérents aux deux fragments principaux. A la partie antérieure du fragment inférieur, c'est-à-dire du corps de l'os, on trouve au niveau de la fracture, un fragment ayant à peu près un centimètre sur toutes ses faces, séparé longitudinalement et suivant son épaisseur du corps de l'os, et maintenu en place par des ligaments. Ce fragment, taillé en biseau, a sa base en haut au niveau de la fracture du col de l'os, et son sommet ou sa pointe en bas, à un centimètre environ au-dessus de l'articulation du troisième métacarpien. Toute la partie articulaire de la tête et de l'os est saine.

Le pyramidal est fracturé à sa partie antérieure et articulaire, le fragment ayant environ un centimètre de longueur sur un $1/2$ de largeur est complètement séparé du corps de l'os.

De plus, le pyramidal est coupé en deux parties dans toute sa longueur et d'avant en arrière. Ces deux parties, d'une épaisseur à peu près égale, sont restées au contact l'une de l'autre, au moyen des ligaments.

Le *pisiforme* offre aussi une fracture à son côté externe. Le fragment ayant quelques millimètres seulement d'épaisseur sur une longueur et une largeur de $1/2$ centimètre

environ, est complètement séparé du corps de l'os; il est maintenu en position par des fibres ligamenteuses.

Les autres os du carpe sont sains.

Le *radius* porte à la crête et à la face postérieures de son apophyse styloïde les traces d'une contusion qui l'aurait dépouillé de sa lame de tissu compacte dans l'étendue d'un demi millimètre environ. Le *radius*, dans tout le reste de son étendue, est sain ainsi que le *cubitus*.

L'*articulation radio-carpienne* ne présente aucune trace de luxation. Tous ses ligaments sont intacts; les postérieurs seulement sont ecchymosés, ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

Les *articulations carpo-métacarpiennes* sont restées normales.

Ainsi de huit os du carpe, quatre sont plus ou moins fracturés : ce sont, le scaphoïde, le grand os, le pyramidal, le pisiforme. Les quatre autres n'offrent rien à noter; tous ont conservé leurs rapports naturels; aucun n'offre la moindre trace de luxation. Tous les ligaments *extra* et *intra* articulaires sont entiers.

Extrait du rapport de M. DEVILLE.

Il existe un genre de fracture sur lequel on ne trouve presque rien de bien clair dans les traités généraux de chirurgie, bien qu'un grand nombre de monographies en contiennent des descriptions précises. Je veux parler de ces fractures par arrachement qui précèdent, suivent ou compliquent si souvent les luxations. Jusqu'à nos jours, lorsqu'on a parlé de fractures par arrachement, on n'a eu presque en vue que les fractures de la rotule, du calcanéum, de l'olécrâne, etc., produites par les *contractions* des muscles qui s'insèrent sur ces os. On a presqu'entièrement

négligé les fractures par arrachement dues à la résistance *passive* des ligaments et des tendons fixés sur des extrémités osseuses tendant à se luxer. Les exemples en sont nombreux cependant.

Dans son Mémoire remarquable sur les fractures du péroné, M. Maisonneuve en a décrit une espèce sous le nom de fracture par arrachement. Le mécanisme suivant lequel se produit cette fracture est fort simple ; si le pied se renverse violemment en dedans, les ligaments latéraux externes de l'articulation tibio-tarsienne tirent violemment sur la malléole externe, et si l'effort est considérable, la traction toute passive exercée par ces ligaments peut arracher le sommet de la malléole.

Une fracture de même nature peut se faire à la malléole interne.

Tout le monde connaît la fracture de l'apophyse styloïde du cubitus, qui vient compliquer la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Par le fait de la pénétration ou de l'écrasement du radius, le poignet se renverse sur le bord radial, et si ce renversement est violent et brusque, les ligaments qui s'insèrent à l'apophyse styloïde cubitale peuvent l'arracher.

M. Malgaigne a cité et publié des cas de fracture par arrachement du grand trochanter huméral dans les luxations scapulo-humérales, dont le mécanisme est le même que celui des précédentes. Le grand trochanter fixé sur le muscle sus-épineux, et bien certainement aussi par le ligament coraco-huméral, ne se déplace pas au moment où la tête de l'os se déplace, et se trouve ainsi arraché par le fait de la résistance en grande partie passive des parties qui la retiennent.

Dans ce genre de lésions que les uns ont appelée fracture, et d'autres luxation de la colonne vertébrale, il se passe un fait de même ordre, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le faire remarquer à l'occasion de la pièce présentée par M. de

Beauvais. Cette pièce était présentée sous le nom de fracture ; je vous fis remarquer que c'était une luxation , un de ces écartements qui ne sont pas absolument une luxation, et qu'on nomme diastasis. Dans cet écartement , le fibro-cartilage avait arraché une couche de la surface du corps vertébral.

Je pourrais encore multiplier ces exemples ; mais je pense que les précédents bien connus, bien établis, suffisent pour faire reconnaître l'existence de ces fractures par arrachement des extrémités osseuses, dues à la traction passive que transmettent des ligaments, et parfois des tendons. C'est surtout aux extrémités osseuses que les ligaments s'insèrent ; ce sera donc à ces extrémités que nous retrouverons ce genre de fractures, et nécessairement dans les cas où il y aura eu tendance à la luxation, si ce n'est même une luxation.

Les notions précédentes sont, si je ne me trompe, applicables de tout point à la pièce que vous a présentée M. Guibout.

L'articulation brisée des deux rangées du carpe entr'elles, l'articulation médio-carpienne, est susceptible d'éprouver des luxations. J'en ai vu deux exemples ; seulement c'étaient des luxations partielles, et non pas incomplètes, comme on les appelle si malheureusement. Dans les deux cas, au moment d'une chute, la main était venue heurter le sol par sa face dorsale, il y avait eu flexion brusque des articulations carpiennes, déchirure de ligaments et saillie en arrière de toute la tête du grand os. C'est ce que dans la mauvaise nomenclature usitée, on appellerait luxation incomplète médio-carpienne ; et ce qu'on appelle tout au contraire luxation très *complète* de la tête du grand os, mais luxation *partielle* de l'articulation médio-carpienne.

Cette luxation partielle paraît avoir lieu surtout lorsque l'effort porte sur l'extrémité interne de la main. Mais si l'effort porte à la fois sur toute la face dorsale de la main,

alors la luxation devient plus difficile; il n'y a que tendance à la luxation; les ligaments se soutenant l'un par l'autre résistent, et si quelque chose cède, c'est la substance osseuse. Les choses se sont passées manifestement ainsi dans le cas de M. Guibout; car toutes les fractures ont eu lieu sur une même ligne transversale, et justement au niveau de l'insertion des ligaments. Il y a eu deux points surtout fracturés, ce que ne paraît pas avoir bien saisi M. Guibout dans sa description, et ce qu'on peut très bien voir sur la pièce conservée; la première, c'est la tête que le scaphoïde présente pour son articulation avec la seconde rangée; la seconde, c'est la tête du grand os. En d'autres termes, ce sont surtout les deux têtes que les deux rangées du carpe se présentent mutuellement qui ont été arrachées. Les autres fractures qu'on observe sur la pièce de M. Guibout sont secondaires et consécutives à celles là.

Si la fracture avait été le produit d'une cause directe, si c'était, pour mieux dire, une fracture par écrasement, nous aurions une toute autre disposition.

Par l'écrasement, toutes les fractures ne seraient pas si régulières, n'auraient pas cette direction linéaire transversale qui existe ici d'une manière si remarquable. Les tissus reposant sur les os n'auraient pas été seulement infiltrés de sang, mais broyés. Je dis de plus qu'avec des os sains comme l'étaient ceux de l'homme duquel provient la pièce, une fracture pareille des os du carpe, avec intégrité de l'extrémité inférieure du radius ne peut pas avoir lieu par le fait d'une chute sur la main. Au moment où cela aurait eu lieu comme le comprend M. Guibout, c'est-à-dire par la transmission au moyen de l'avant-bras du poids du corps sur la main reposant à terre, il y aurait eu deux parties, entr'autres, supportant la même pression, à savoir les os carpiens, et l'extrémité inférieure du radius, et cette extrémité inférieure étant de beaucoup la plus fragile, se serait fracturée bien avant les os du carpe.

Je dis que l'extrémité inférieure du radius est intacte. Il y a seulement une légère lésion que M. Guibout attribue à la contusion aussi, oubliant que tout l'effort de cette contusion (ou de l'écrasement je suppose) a dû se porter sur les os carpiens. Cette lésion est aussi une fracture par arrachement. Il y a en effet enlèvement de la lame compacte seule, sur la face postérieure de l'apophyse styloïde du radius, et cette petite lame tient aux ligaments voisins. On comprend aisément que l'articulation radio-carpienne étant elle aussi brusquement et fortement fléchie, en même temps que l'articulation radio-carpienne, les ligaments aient pu arracher une lame du radius.

En résumé, l'observation de M. Guibout doit être intitulée : *fracture par arrachement des os du carpe, à la suite d'un diastasis de l'articulation médio-carpienne*. Envisagée ainsi, elle n'est plus seulement un fait des plus rares, mais elle est en même temps des plus remarquables.

Accumulation d'une quantité considérable de pus dans l'intérieur de l'utérus; tubercules et rupture de l'utérus.

Extrait d'une observation en italien envoyée par M. le docteur GIOVANNI GUZZO de Naples. (Décembre 1846).

Giuseppa Pisciotta, mariée à Gennaro Mannara de Naples, âgée d'environ 34 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant la peau blanche et colorée, éprouvait, depuis l'époque de la puberté, des douleurs utérines et des irrégularités menstruelles qui ne firent que s'accroître après le mariage, sans qu'il y ait eu de grossesse.

Au mois de juin 1837, elle fut examinée par le docteur Guzzo, qui trouva l'utérus volumineux, saillant au-dessus

du pubis, comme au cinquième mois d'une grossesse; cet organe était parfaitement régulier à sa surface dont l'exploration produisait un peu de douleur. Le col utérin était un peu tuméfié; un chirurgien qui avait déjà vu la malade avait cru à l'existence d'un squirrhe utérin. M. Guzzo ne fut pas de cet avis, car il manquait plusieurs des caractères du squirrhe, les inégalités de la surface, la dureté, les douleurs lancinantes, l'insensibilité à la pression. D'un autre côté, en tenant compte de l'ancienneté de la maladie et du tempérament de la malade qui portait de nombreux ganglions développés dans les aines, les aisselles et au cou, M. Guzzo fut plutôt porté à diagnostiquer un engorgement scrofuleux du corps de l'utérus. Il prescrivit par suite les bains de mer, les eaux ferrées pour boisson, et lorsque l'automne serait venu, un traitement régulier avec l'iodure de fer, la décoction du bois indien, et des pommades résolutives. — La malade ne suivit pas cette prescription; elle continua à éprouver de temps en temps de fortes, mais partielles coliques utérines pendant lesquelles s'allumait une fièvre qui durait plusieurs jours; elle employait quelques émissions sanguines locales, de doux purgatifs huileux, les bains entiers et les bains de siège, et quelques vésicatoires locaux lorsque l'irritation était un peu dissipée, pour obtenir un peu de soulagement.

Vers la fin de juin 1838 la malade, qui s'attendait à mourir, ressentit de violentes coliques utérines; l'utérus avait augmenté de volume, au point d'arriver jusqu'au dessous de l'ombilic, et il était resté régulier à sa surface, sauf qu'il s'échappait de la partie inférieure et droite, un prolongement qui déterminait sur la paroi abdominale antérieure, la formation d'une saillie du volume d'une demi-noix; il s'écoulait de temps en temps à des époques irrégulières, un sang menstruel décoloré, mais non fétide, précédé et suivi d'un écoulement séreux bien plus abondant. Cependant la malade se rétablit peu-à-peu en-

partie, au point de pouvoir marcher médiocrement; elle mangeait de tout et digérait bien; elle avait repris son teint habituel.

Le docteur Guzzo revit à la fin du mois de novembre la malade qui ne voulut se soumettre à aucun traitement. L'utérus avait encore augmenté; il remplissait les flancs et la région ombilicale; il était d'une dureté moyenne, et on sentait dans son intérieur une fluctuation obscure. La malade resta dans cet état, s'occupant autant que possible de ses affaires domestiques, tandis que l'utérus augmentait graduellement et lentement. Il y avait parfois un peu de constipation qui cédait à des purgatifs.

Dans les journées des 28, 29 et 30 novembre 1841, la malade ressentit un embarras abdominal, avec diminution d'appétit et constipation; le 1^{er} décembre survinrent des douleurs, et le 2 décembre le docteur Guzzo trouva la malade dans l'état suivant : face tranquille; pouls petit, régulier, sans fréquence ni dureté; langue molle, à peine voilée au centre; pas de soif. L'utérus, développé et tendu comme la peau d'un tambour, occupait tout l'abdomen; son fond arrivait en contact avec l'appendice xyphoïde et les cartilages costaux; la tumeur échappée de sa surface à droite et en bas, avait triplé, elle aussi, de volume; il était impossible à cause de la tension de l'utérus, d'y sentir la moindre fluctuation. La malade se plaignait de douleurs, de pesanteur dans les flancs; il y avait de la constipation depuis quatre à cinq jours. Une potion huileuse fut prescrite à prendre par cuillerées, et détermina des évacuations alvines d'abord légères, puis plus abondantes pendant la nuit, au grand soulagement de la malade, qui se trouva assez bien le lendemain matin, pour qu'on pût lui prescrire du bouillon de poulet. La sensation de bien être continuant, la malade put s'endormir; mais à peine réveillée, elle commença à ressentir des douleurs très aiguës dans tout le ventre; la physionomie s'était altérée; la face était

pâle, les lèvres étaient décolorées, la respiration courte et fréquente ; le pouls petit, déprimé et rapide, bien en rapport avec les mouvements du cœur ; sueur froide au front, au cou et à la face interne des membres supérieurs qui étaient froids de même que les membres inférieurs ; le ventre était chaud et extrêmement sensible ; le corps de l'utérus céda un peu sous la pression et s'était abaissé ; les règles ne s'étaient pas montrées depuis quelque temps. M. Guzzo prescrivit quatre sangsues à la vulve, et une mixture calmante à prendre par cuillerées toutes les demi-heures ; le soir, les douleurs et la sueur froide avaient un peu diminué. Vers le milieu de la nuit, la malade reposa un peu ; mais dans la matinée, elle fut prise de douleurs extrêmement vives, de sueurs froides abondantes, d'un refroidissement général du corps et de convulsions au milieu desquelles elle expira. L'utérus avait diminué de volume, et n'arrivait plus qu'à un pouce au-dessus de l'ombilic ; il était redevenu fluctuant, ce qui fit présumer que la mort était due à une rupture de l'utérus.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappa des gaz fétides et puis une grande quantité de pus blanchâtre peu dense, à cause de son mélange avec de la sérosité. L'utérus adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen depuis le pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic, remplissait les régions iliaques, les flancs et une partie des hypochondres ; son fond dépassait l'ombilic, et était recouvert par le grand épiploon qui était coloré en rouge foncé, ainsi que la face antérieure de l'utérus. Pour enlever cet utérus, dans lequel on sentait une fluctuation manifeste, il fallait procéder de haut en bas, car par les côtés, des adhérences solides et inextricables ne permettaient pas de le tenter ; or, en attirant en avant le fond de l'utérus avec une main, tandis que de l'autre on cherchait à le détacher des adhérences qui le fixaient dans le flanc gauche, on fit sortir un flot abondant d'un pus plus épais que le précédent, qui provenait de l'inté-

rieur de l'utérus. On introduisit le doigt dans l'ouverture de la face postérieure de l'utérus par laquelle venait ce pus, et un bistouri boutonné put être conduit de cette ouverture au pubis, de manière à bien montrer l'intérieur de l'utérus. La cavité était remplie par une grande quantité de pus blanchâtre, presque inodore, analogue au pus des abcès phlegmoneux. En introduisant un doigt par le vagin, on put, en forçant un peu, le faire passer à travers l'ouverture du museau de tanche, et arriver dans le foyer de la cavité utérine qui pouvait ainsi se vider au dehors. La surface intérieure de l'utérus était inégale, irrégulière, parsemée de formations hypertrophiques nouvelles, à formes variées, les unes en forme de mamelons, les autres semblables aux colonnes charnues du cœur, d'autres, sortes d'excroissances fongueuses, de grandeur variées dont quelques-unes pourraient être comparées à des débris de placenta, toutes séparées par des sillons, des impressions, des rainures plus ou moins marqués, dans lesquelles le tissu utérin était évidemment exulcéré. Les parois utérines divisées étaient épaisses et denses : dans certains points, elles contenaient des masses d'un volume variant depuis celui d'un noyau d'olive, jusqu'à celui d'une grosse noix, qui étaient de vrais tubercules, les uns à l'état cru, les autres commençant à se ramollir, d'autres ramollis et convertis en foyers de matière purulente épaisse. Quelques-uns de ces abcès tuberculeux, très voisins de la cavité utérine, étaient prêts à s'y ouvrir. Les fibres utérines étaient très caractérisées ; on aurait pu aisément en suivre la direction.

La tumeur placée en avant et en bas de l'utérus, déjà signalée plus haut, fut reconnue être une tumeur encéphaloïde qui tendait à se ramollir et laissait écouler sous la pression cette matière ou humeur dite encéphaloïde. Il n'y avait là aucun des éléments de la substance utérine ; la tumeur était formée par un tissu homogène et comme implantée dans les parois de l'utérus. Vis-à-vis la base de

cette tumeur, le tissu utérin était plus consistant qu'ailleurs. La rapidité avec laquelle a dû être faite l'autopsie, n'a pas permis d'examiner avec soin les trompes ni les ovaires. La masse intestinale avait été refoulée en haut par l'utérus. Les autres viscères abdominaux n'offraient rien de remarquable.

Quatorze ténias expulsés en une seule fois.

Obs. recueillie par E. ESCALLIER, interne des hôpitaux.
(16 décemb. 1846).

Madame D..., rentière, rendait par les selles depuis plusieurs mois des fragments membraneux qui offraient tous les caractères de fragments de ténia; elle n'éprouvait du reste aucun symptôme particulier; son appétit était ordinaire et ses fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement. Mais tourmentée de l'idée qu'elle avait le vers solitaire, elle désira en être débarrassée. M. Monod lui fit administrer 2 grammes d'huile éthérée de fougère mâle en deux prises, et le lendemain 15 grammes d'huile de ricin; elle eut une selle abondante dans laquelle elle expulsa une très grande longueur de ténia; d'après la recommandation de M. Monod, aucune traction ne fut exercée sur les portions sorties hors de l'anus, et la malade resta deux heures sur le pot, jusqu'à ce que l'expulsion fût complète. Les vers furent recueillis avec soin, on les laissa quelque temps dans de l'eau pure, puis dans de l'eau alcoolisée. C'est alors qu'ils me furent remis pour que j'en pusse constater le nombre et la longueur: je les étalai sur un drap et je pus constater les faits suivants:

1° Les vers offrent bien tous les caractères du ténia;

corps très long et aplati, rubané, formé d'anneaux quadrilatères bien distincts; extrémités plus étroites que le corps; l'une d'elles s'effile au point d'avoir à peine le diamètre d'un cheveu très mince, et se termine par un petit tubercule (tête) que Bremser croit être rarement assez gros pour être visible à l'œil nu.

2° Ces vers sont au nombre de quatorze, parfaitement distincts, car il m'a été possible de constater quatorze extrémités effilées au point d'offrir à peine le diamètre d'un cheveu; quant au tubercule céphalique, je n'ai pu le constater que 3 fois et d'une manière douteuse; on le concevra sans peine en songeant qu'il est rarement visible à l'œil nu (Bremser), et que d'ailleurs il peut très bien se détacher malgré toutes les précautions employées.

3° Leur longueur varie de 2 à 4 mètres environ; la longueur de tous les vers réunis est d'environ 48 mètres; je dis environ, car il faut tenir compte des sinuosités légères qu'ils présentaient étalés sur le drap et du ratatinement causé par un séjour de 48 heures dans l'eau alcoolisée.

M. Monod voulut bien me permettre d'offrir de sa part ces ténias au musée de la Faculté de Médecine; je fis alors quelques recherches dans les auteurs classiques d'helminthologie, Rudolphi et Bremser, que M. le professeur Duméril voulut bien mettre à ma disposition, et après ces lectures comparées à mon observation, j'ai pu établir que :

1° Il n'existe pas dans la science un exemple d'aussi grand nombre de ténias rendus en une seule fois; généralement le ténia est unique, de là le nom de ténia solium : on en voit quelquefois deux ou trois; Bremser n'en a pas vu plus de trois chez l'homme, tandis qu'il en a trouvé quatre-vingts chez de jeunes chiens; Rudolphi dit : « ipse quatuor specimina capite instructa ab eodem homine simul dejecta possideo. » (Entip., hist. nat. t. 2, p. 164). De Haen en a fait rendre dix-huit, mais en plusieurs jours, et tous avaient une extrémité filiforme : le sujet était une femme de 30 ans. (*Ratio-medendi*), t. 12, p. 218).

2° La longueur ordinaire est la même que celle qu'ont présentée les sujets de l'observation, deux à quatre mètres environ; Bremser en a vu qui avaient jusqu'à huit mètres; mais il est certain que les auteurs qui ont parlé de vers d'une longueur énorme jusqu'à huit cents aunes (dissert. Copenhague) ont été induits en erreur, attribuant à un seul individu tous les fragments de *tænia* rendus successivement par un individu jusqu'à sa guérison.

3° Souvent, comme dans notre observation, le ou les *tæ-nias* peuvent exister sans s'annoncer par aucun symptôme; ainsi, dit Rudolphi, « brevissimo tempore tribus iis cada-veribus *tæniæ* repertæ sunt, easque, quàm vulgò assumi-tur, multò frequentius adesse in homine, sed innoxius pre-sentiam non indicare, persuasum habeo. » *Enzotoorum synopsis*, p. 522).

NOTA. M. Barth a administré (*V. Bull. de la Soc.* avril 1844, p. 38) 45 grammes de décoction décorce de racine de gre-nadier à une jeune fille qui rendit six *tæ-nias* dont la tête, examinée au microscope, était intacte sur chacun. Trois ans après cette jeune fille, reprise de quelques accidents, prit le même médicament sur les avis de sa mère, et elle rendit un autre *tænia*.

Cancer du rein.

Extrait du rapport de M. CAUDMONT, sur l'observation de
M. PAGÈS. (Août 1846)

Un homme, âgé de 42 ans, fut pris, il y a environ six années, de douleurs lombaires qui se déclarèrent sponta-nément, et dans lesquelles on vit les signes d'un lumbago. Il guérit, mais en conservant de la fatigue dans les parties

affectées. Toutefois, depuis lors et pendant un espace de trois années, il ne s'était manifesté rien de particulier dans l'état de sa santé, lorsque tout-à-coup il ressentit une douleur horrible, lancinante, qui l'arrêta au milieu de la rue et l'empêcha de regagner son domicile à pied. A la suite de cet accident, il fut obligé de garder le lit pendant deux mois et demi. Son rétablissement ne fut pas de longue durée; car peu de temps après, il dut entrer à l'hôpital Beaujon pour s'y faire soigner d'une pneumonie. Il y prolongea son séjour pendant environ quatre mois, et malgré cela, il en sortit sans avoir pu recouvrer la santé. Sa constitution paraissait fortement ébranlée; il éprouvait de vives douleurs dans les reins, et de temps à autre des troubles dans les organes digestifs. Cet état n'ayant fait qu'empirer, il se fit admettre dans le service de M. le professeur Piorry, à la Pitié, où il entra dans le courant de l'année 1845. Ce médecin diagnostiqua une néphro-carcinie du côté gauche. On percuta le rein malade, et par une trace faite sur la peau avec le nitrate d'argent, on délimita l'accroissement de volume qu'il avait acquis et qui était considérable. Une lettre adressée au candidat par notre estimable collègue M. Bonnet, affirme que cette opération a été répétée un grand nombre de fois, et qu'on a constaté un grossissement assez notable.

Pendant qu'il fut soumis à l'observation de M. Pagès, ce malade éprouva plusieurs accidents qui méritent d'être mentionnés, bien qu'ils se rencontrent assez souvent dans les affections organiques du rein. Il eut des frissons intermittents, suivis de chaleur, qui cédèrent facilement à l'action du sulfate de quinine. Par deux fois différentes, il fut pris de rétention d'urine, et dans chacune de ces circonstances l'accident fut causé par la présence au col de la vessie de masses organiques qui étaient venues s'y placer, et qui, chaque fois, furent entraînées au-dehors dans les yeux de la sonde; le candidat les considéra comme des

portions de matière encéphaloïde, unies dans un cas avec un peu de sang coagulé. Enfin, il se déclara des hématuries qui, par leur fréquence, aggravèrent l'état de marasme dans lequel la diathèse cancéreuse avait jeté le malade, et contribuèrent à amener plus rapidement l'issue inévitable.

A l'autopsie on ne trouva d'altération remarquable dans aucun autre organe que les reins. Le gauche était entièrement dégénéré; le droit était sain, mais avait perdu en s'atrophiant la moitié de son volume. Cette circonstance, assez insignifiante dans le cas présent, mérite cependant d'être remarquée, eu égard à ce qui se passe quelquefois dans des cas en apparence analogues. On trouve, en effet, chez certains sujets, où un des reins par une cause quelconque ne pouvait plus fonctionner, celui qui était resté sain considérablement augmenté de volume; et on explique ce phénomène par la nécessité où était le rein non malade de fonctionner doublement, comme cela se passe dans les autres parties de l'économie. Or, Messieurs, vous avez vu la pièce; il est évident que ce rein ne pouvait plus fonctionner; nulle part on n'y retrouvait de trace de tissu glandulaire, et cependant, l'autre non-seulement n'a pas acquis des dimensions plus grandes; mais il a même beaucoup perdu de celles qui lui sont assignées dans l'état normal.

Le rein malade avait un volume trois fois plus considérable qu'à l'état normal; cependant il avait conservé sa forme. Sa surface extérieure était bosselée, et M. Pagès juge que le nombre des bosselures était en rapport avec les lobes rénaux. La capsule surrénale était entièrement dégénérée et transformée en une masse de matière encéphaloïde coiffant le rein. Celui-ci ne présentait plus aucune trace de tissu normal; ni substance corticale, ni substance tubuleuse; partout c'était un tissu accidentel. Selon M. Pagès, on y rencontrait les trois formes de cancer réunies: le gélatineux ou colloïde à la place de la substance corti-

cale; plus au centre l'encéphaloïde et le squirrheux; que l'on voyait se fondre ensemble. Du squirrhe existait réellement à la partie inférieure du rein, qui avait une couleur jaune paille, un aspect nacré et grasseyé, une texture dense, serrée, évidemment fibreuse. Cette couche remontait vers le centre de l'organe, et là venait se fondre dans un tissu véritablement encéphaloïde, dont certaines parties avaient disparu et laissé des cavités aux places qu'elles occupaient. Mais, quant à l'existence du tissu colloïde, elle ne m'a point paru évidente.

La couche que le candidat considère comme de la matière colloïde était formée par un tissu à mailles larges, éloignées les unes des autres, contenant en certains points du sang, en d'autres une matière jaunâtre, comme grasseyée, et enfin en plusieurs endroits des noyaux isolés, indurés, blanchâtres. J'ai dû la considérer comme une substance squirrheuse, en voie de se ramollir et de passer à l'état encéphaloïde, dont plusieurs portions existaient au voisinage.

Les calices, le bassin et l'uretère n'étaient altérés en aucune manière; leur surface interne ne présentait aucune érosion, aucune ulcération. La veine cave et la veine rénale étaient saines. La vessie était dans son état normal, et présentait simplement vers le col une légère arborisation. Un caillot évidemment fibrineux était engagé dans le commencement de l'uretère et pressait sur le verumontanum. Dans la cavité vésicale, était un autre corps étranger, de forme arrondie, que M. Pagès considère comme une masse de matière encéphaloïde; il avoue, il est vrai, qu'il n'a pu y découvrir de vaisseaux sanguins. Cette dernière circonstance nous porte à douter de la nature encéphaloïde que le candidat assigne à cette tumeur et l'absence de détails suffisants fortifie notre doute.

C'est un fait rare que de voir le cancer limité à un seul rein; néanmoins cette affection toute locale et attaquant

un organe non indispensable à la vie a suffi pour amener une diathèse mortelle. Un autre point important de cette observation, c'est le diagnostic porté sur le volume du rein à l'aide de la percussion : il est à regretter qu'on n'ait point fait de vérification et recherché si les mesures plessimétriques répondaient exactement aux dimensions du rein. Selon nous, cette recherche aurait eu une extrême importance, et si elle eût donné des résultats favorables, cet argument aurait été supérieur à bien d'autres pour prouver l'infailibilité de la percussion.

Hémorrhagie cérébrale et ramollissement, avec épanchement dans l'arachnoïde à la surface de chaque hémisphère.

Observation présentée par M. WILLEMIN, interne à la Charité.
(12 juin 1846).

A notre entrée dans le service de M. Rayer, le 1^{er} janvier 1846, nous y trouvâmes une jeune fille âgée de 23 ans, (Gatau Clarisse, corsetière, née à Rheims, entrée le 3 septembre 1845, salle Saint-Vincent, n° 27), paralysée du côté droit et réduite à un état mental voisin de l'idiotie. — Tout ce que nous pûmes apprendre, c'est que cette maladie, survenue à la suite de fortes peines de cœur, remontait à trois années. Elle aurait été successivement traitée à l'Hôtel-Dieu, puis à la Charité, dans le service de M. Bouillaud.

A son entrée dans la salle Saint-Vincent, cette malade avait le côté droit paralysé incomplètement; elle marchait en traînant la jambe droite; l'intelligence était à peu près perdue. Son état parut néanmoins s'améliorer un peu, lorsqu'elle fut prise, à la fin du mois de mars, d'une nouvelle attaque caractérisée par une perte de connaissance qui dura

sept ou huit minutes, à la suite de laquelle le côté gauche fut paralysé.

La marche ne fut plus possible, non plus que l'usage des membres supérieurs. Les aliments qu'on lui portait jusqu'aux lèvres, elle les laissait retomber, si on ne les soutenait pas pendant la mastication. Les selles devinrent involontaires, ainsi que l'excrétion de l'urine. La malade ne quitta plus le lit.

A peu de temps de là, elle fit pendant la nuit une chute à bas du lit, dans laquelle il se produisit une plaie contuse au coude gauche.

A partir de cette époque, nous observâmes une singulière mobilité de la tête que la malade portait alternativement et par un mouvement assez régulier, à droite, puis à gauche, puis en avant dans la flexion, puis en arrière. Ces mouvements se continuèrent pendant plusieurs semaines, et avec une telle persistance, que la malade usait en moins de deux jours, son bonnet et sa taye d'oreiller dont les flocons venaient s'attacher à ses sourcils.

A ces mouvements bizarres succéda bientôt un autre phénomène, à savoir une série de cris aigus, brefs, répétés de distance en distance, et sans que la malade parût éprouver de douleur au moment même, à en juger du moins par l'expression de ses traits. Ces cris ne cessaient même pas pendant la nuit : l'insomnie était constante.

L'expression de la physionomie était remarquable ; les joues avaient conservé leur embonpoint ainsi que tout le corps. Il y avait dans le froncement des sourcils, la fixité du regard sans expression, dans ces yeux brillants, arrondis, dépourvus de cils et habituellement injectés, quelque chose de fauve, de véritablement bestial.

Quant à la situation des membres, elle était la suivante : l'avant-bras droit était fixé dans la demi-flexion et dans un état de *contracture* ; le pouce et les autres doigts étaient fléchis et également contracturés. Quand on essayait de vain-

vers cette raideur en saisissant le bras, on déterminait de la douleur. L'avant-bras *gauche* était au contraire étendu, ainsi que les doigts, et dans un état de résolution, le pouce était contracturé dans l'extension forcée. — La sensibilité de ce côté était plus vive qu'à droite, développée qu'elle se trouvait par la présence de la plaie contuse située un peu en dedans de l'olécrane.

Au reste, la malade pouvait étendre par moment l'avant-bras droit, le soulever même, et serrer la main qu'on lui donnait ou le bâton d'appui du lit. A peine pouvait-elle mouvoir très légèrement l'avant-bras gauche.

Quant aux membres inférieurs, le droit était habituellement fléchi et dans un état de contracture semblable à celui du membre supérieur; le gauche était, au contraire, étendu dans la résolution.

L'intelligence ne parut jamais recouvrer sa lucidité. Lorsqu'on adressait des questions à la malade, elle semblait les entendre, mais n'y répondait que par un hochement de tête et une parole inintelligible prononcée à voix basse. Cependant elle pouvait parler encore; sollicitée par son infirmière, elle lui répondait.

L'appétit se maintint; il était même très développé. L'embonpoint se conserva jusqu'à la fin. Il y avait des alternatives de constipation et de diarrhée. L'excrétion des matières fécales et de l'urine resta involontaire. Quant aux règles, elles étaient supprimées dès l'entrée de la malade à l'hôpital.

Dans le mois de mai, il se manifesta une eschare au sacrum, laquelle s'étendit peu à peu jusqu'à présenter 0 m. 08 à 0,10 de diamètre. La face s'injecta dans les derniers temps. Les rares mouvements que la malade faisait exécuter à ses bras, cessèrent complètement. Les membres inférieurs s'œdématisèrent, le gauche surtout. Il survint des vomissements. Le 10 juin, dans la journée, elle fut prise de convulsions générales qui cessèrent vers le soir. A 8 heu-

res, elle tomba dans un état comateux; à 11 heures, elle avait cessé de vivre.

Quant au traitement, à partir du commencement de l'année, il avait été des plus simples; il s'était borné à l'application de sangsues et de ventouses scarifiées sous les oreilles, dans les moments où l'on avait observé des signes de congestion vers le cerveau et à l'emploi de quelques dérivatifs sur le tube digestif.

Autopsie le 12, à 9 heures du matin.

L'examen extérieur du crâne ne montre aucune altération. Le cuir chevelu, les os sont à l'état normal.

Après l'ablation de la calotte, la portion de chaque hémisphère correspondante au lobe antérieur, semble manquer et être remplacée par du liquide qu'on sent manifestement à travers la dure-mère dont il détermine le ballonnement. Le flot paraît se prolonger en diminuant d'épaisseur jusque vers la partie postérieure de chaque hémisphère.

1° En incisant avec précaution et à petits coups la dure-mère du côté *gauche* on parvient à l'isoler d'une membrane unie, luisante, de coloration noirâtre. L'incision de cette membrane donne issue à un liquide ayant complètement l'aspect et la couleur du sang veineux, et dont la quantité peut être évaluée à un verre environ. Ce liquide écoulé, on reconnaît que la membrane de coloration rougeâtre est épaisse de 0,001, assez dense, facile cependant à déchirer ou à diviser par la dissection en petites lamelles superposées, d'une structure fibreuse. Au-dessous d'elle, l'arachnoïde viscérale est intacte.

2. Une dissection semblable faite à *droite*, montre une poche pareille à la première, avec cette différence qu'elle contient non point du sang, mais un liquide séreux, jaunâtre, beaucoup moins abondant à gauche, joint à une large plaque formée par de la fibrine encore teinte en rouge, et facile à détacher de la fausse membrane sur laquelle elle repose.

Après avoir reconnu ce double épanchement à la surface des hémisphères, il importait d'en déterminer le siège exact. La fausse membrane était-elle sus ou sous-arachnoïdienne, ou bien renfermée dans la cavité de l'arachnoïde ? Un examen attentif, et dans lequel nous avons été aidé des lumières et de l'habileté de M. Pigné, nous a fait voir que la poche fibrineuse était bien réellement contenue, ainsi que nous l'avions supposé tout d'abord, dans la cavité arachnoïdienne. En effet, en prenant des portions de dure-mère de la surface desquelles on avait fraîchement détaché la fausse membrane, il a été possible d'en isoler un feuillet transparent, d'aspect séreux. Quant à l'arachnoïde viscérale, elle était bien manifeste au-dessus de la pie-mère. Nous avons acquis une nouvelle preuve de l'exactitude du siège précité plus haut, en recherchant les *limites* des deux épanchements.

A gauche et en arrière la poche commence à 0^m,01 du sinus longitudinal supérieur, dont elle s'éloigne peu à peu, de telle sorte que vers le milieu de l'hémisphère elle en est distante de 0,03; elle se prolonge en avant jusque vers l'extrémité du lobe antérieur, et en dehors jusque vers la base du cerveau.

A droite, on remarque une disposition inverse ; en arrière, le kyste est à 0, m. 05 de distance de la faux du cerveau, dont il se rapproche insensiblement jusqu'à n'en être plus éloigné que de 0, m. 015 en avant ; mais en dehors et en avant, au lieu de cesser comme à gauche et de présenter une sorte de pli, la poche se continue en bas en une membrane qui ne se termine qu'au milieu de la base de l'hémisphère. Or, ce qui prouve que cette membrane était bien formée par l'adossement et la réunion cicatricielle des deux parois supérieure et inférieure, c'est que l'on trouve dans son épaisseur, de petits foyers de sang coagulé, au-delà desquels on parvient, à l'aide de légères tractions, à séparer les deux feuillets adhérents.

Dans l'intérieur des deux kystes, on rencontre particulièrement sur les côtés, plusieurs brides cellulo-fibreuses ; au dehors il n'existe qu'une adhérence très-faible, sur quelques points, entre la poche et la dure-mère ; il y a un peu de liquide épanché entre elle et l'arachnoïde.

3° Après avoir débarrassé la surface cérébrale des pseudo-membranes, on reconnaît que les deux hémisphères, et plus particulièrement les deux lobes antérieurs, sont comprimés, tassés sur eux-mêmes ; les derniers n'ont plus la moitié à peine de leur volume normal. L'arachnoïde et la pie-mère ne produisent rien de particulier ; mais à la surface de l'*hémisphère gauche* à 0,10 de l'extrémité du lobe antérieur, et à 0,025 de distance de la faux du cerveau, se voit un enfoncement, une véritable cavité, creusée au milieu du parenchyme cérébral et remplie par un tissu cellulo-fibreux, très vasculaire et formant un paquet compacte ; ce paquet, qui adhère à la dure-mère, ayant été enlevé, on peut mesurer les dimensions de la cavité qui, à sa partie postérieure et près de sa surface, a une largeur de 0,03, et une profondeur de 0,02. En avant elle se prolonge en se retrécissant insensiblement jusqu'à 0,01, de l'extrémité du lobe antérieur, ayant par conséquent une longueur totale de 0,09.

La bande de substance cérébrale circonscrite entre cette excavation et la faux du cerveau, large de 0,025 en arrière, n'a plus que 0,012 en avant ; le tissu qui la constitue ne paraît point altéré.

Le parenchyme cérébral, examiné au dessous et en dehors de la cavité décrite, d'un gris rougeâtre, raréfié, ramolli, sans trace de congestion sanguine à l'entour. Ce ramollissement s'étend profondément jusqu'au dessous de la paroi inférieure du ventricule correspondant, dans une longueur de 0, m. 02 à 0,03, et sur une largeur de 0,01 à 0,02.

Le reste du cerveau, examiné avec le plus grand soin, ne présente aucune altération appréciable, si ce n'est peut-être

une *condensation* du parenchyme plus ferme, plus consistant que de coutume, ce qui était l'effet sans doute de la compression produite par le double épanchement dans les méninges.

L'examen comparatif du *cervelet* fait voir un tissu ramolli *en apparence*, tandis que cet organe a réellement sa consistance normale pour la température de la saison et le temps écoulé depuis la mort.

Les ventricules cérébraux contiennent une très petite quantité de sérosité.

Il ne nous a pas été permis de faire le reste de l'autopsie ; seulement nous avons pu constater que la plaie contuse du coude, presque entièrement cicatrisée, n'intéressait que la peau : les tissus sous-jacents ne présentaient aucune lésion.

(Depuis, nous avons appris que l'autopsie a été complétée ; le cœur et les autres vicères étaient sains ; seulement on a trouvé des douves dans le foie...)

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. — Dilatation énorme de l'artère aorte.

Observation recueillie par M. D'heurle interne des hôpitaux:

Pierre Sirac, cordonnier, âgé de 55 ans, fut reçu à la Pitié (service de M. Clément) le 20 octobre 1846.

Sa physionomie porte l'empreinte de l'inquiétude, ses lèvres sont pâles, bleuâtres, sa face est bouffie, non colorée; il a la respiration fréquente et difficile, les battements du cœur se font dans une grande étendue ; ils sont énergiques et soulèvent fortement la paroi thoracique. On n'y sent pas de frémissement.

La percussion indique une augmentation de volume de cet organe et de l'aorte.

On croit n'entendre qu'un seul bruit cardiaque, sourd, profond et comme filé; il commence avec le premier temps et se termine avec le second.

Il n'y a pas eu de crachement de sang.

Le pouls est faible et dépressible, œdème des membres inférieurs; ils sont froids et couverts d'une sueur peu abondante.

L'usage de la digitale et des boissons nitrées amène quelque soulagement; mais le quatrième jour de son entrée à l'hôpital, le malade se lève, va seul aux lieux situés en dehors la salle, puis meurt subitement.

Ouverture du cadavre. Un peu plus de sérosité dans le péricarde qu'à l'état normal. Le cœur et l'aorte vides de sang pèsent 740 grammes.

Quelques plaques blanches à l'extérieur de cet organe.
— Substance grasseuse sous le feuillet viscéral du péricarde.

Le cœur a 20 centimètres de la pointe à la base et 14 centimètres de largeur. — Hypertrophie du ventricule gauche. Ses parois ont 25 millimètres sur quelques points et 30 millimètres sur d'autres. — Enorme dilatation de ce ventricule, dilatation de l'oreillette correspondante dont les parois sont amincies ainsi que l'est la valvule.

Ventricule droit normal. Oreillette droite très dilatée, parois très amincies; — la valvule tricuspide est également très amincie. L'ouverture auriculo-ventriculaire correspondante a 32 millimètres de diamètre; l'ouverture aortique en a 25. Valvules sigmoïdes amincies et agrandies — bouchaient-elles suffisamment durant la vie, l'ouverture ventriculo-aortique?

La crosse aortique est assez fortement dilatée; elle a 40 millimètres de diamètre à l'endroit de la plus grande dilatation.

La surface interne de l'aorte est couverte de plaques cartilagineuses, osseuses, crétacées qui s'étendent jusqu'à la naissance des artères. Erosions çà et là, pas la moindre déchirure.

Cerveau légèrement piqué de sang.—Poumons sains.

1° Rétrécissement aortique dû à des dépôts calcaires, crétacés, dans l'intervalle des feuillets qui constituent les valvules semilunaires de l'aorte. — 2° Insuffisance de ces valvules. — 3° Augmentation de volume du cœur, constituée par la dilatation simple des cavités droites et par l'hypertrophie avec dilatation des cavités gauches. — 4° Congestion de la partie postérieure des poumons. — 5° Hydro-pleurie double.

Observation recueillie par M. le docteur MAILLIOT.

Un homme âgé de 60 ans est admis à l'hôpital de la Pitié, (service de M. Piorry, salle Saint-Raphaël, n° 8,) dans le courant du mois d'août 1846. Il déclare avoir eu à diverses reprises, des souffrances articulaires ; depuis ce temps il éprouve des douleurs à la région précordiale, sur laquelle il porte la main. Le cœur, en effet, est le siège d'une affection qui se traduit par les signes suivants :

Un bruit de souffle rude, très-fort, coïncide avec chaque contraction ventriculaire. Écouté au niveau de la ligne médiane du sternum, il est sans mélange d'autres bruits que ceux de la respiration. Il masque complètement le bruit diastolique. Son summum d'intensité correspond à l'origine des gros vaisseaux ; il est plus rapproché de la clavicule que de l'appendice xiphoïde.

Vers le milieu du cœur, à l'endroit où cet organe est en

rapport directement avec les parois thoraciques, le deuxième bruit cardiaque commence à se dessiner; il est bref, et c'est à peine si un court intervalle de repos le sépare du bruit de souffle; il devient plus fort à mesure qu'on se rapproche du mamelon.

Le bruit de souffle se propage dans l'artère aorte; il est isochrone au pouls radial, qui est petit, dur et irrégulier.

Le cœur mesuré par la percussion, présente 12 centimètres de hauteur sur une largeur de près de 10 centimètres. Ses battements sont forts et précipités, tantôt plus, tantôt moins (palpitations irrégulières).

La respiration haute et fréquente se fait encore plus vite par intervalles; alors elle est si forte qu'elle masque les bruits du cœur.

La poitrine résonne bien en avant; en arrière, le murmure vésiculaire est faible, et la résonnance pulmonaire est obscure; elle est même nulle inférieurement et sur les côtés de la poitrine, où l'on trouve de la matité qui se déplace par les changements de position du malade.

Les membres inférieurs sont infiltrés. L'habitude générale du corps est froide.

Diagnostic. — Rétrécissement des valvules semi-lunaires de l'artère aorte, dû à quelque production anormale cartilagineuse, osseuse ou calcaire, déposée dans l'intervalle des membranes valvulaires. Augmentation de volume du cœur; hypertrophie probable du ventricule gauche; pneumonhémie hypostatique; double hydro-pleurie.

Traitement. — Les altérations organiques existantes donnent peu d'espoir de guérir la malade; on fait cependant quelques tentatives pour améliorer son état, et dans cette intention, on pratique d'abord une saignée du bras, et puis, on a recours à des boissons diurétiques et à des purgatifs.

Malgré ces moyens, la circulation cardio-pulmonaire s'embarrasse de plus en plus, la respiration s'accélère; l'épanchement pleural augmente davantage, les palpita-

tions du cœur se rapprochent; le bruit de souffle persiste et devient râpeux, l'infiltration des membres augmente et s'étend; le malade meurt 7 ou 8 jours après son entrée à l'hôpital.

Nécroscopie. — Le lendemain matin, 17 août, à 10 heures, nous procédons à l'autopsie; mais auparavant je renouvelle la percussion du cœur, en présence de M. Chauvelet, interne en pharmacie, et de M. Dupont, externe de M. Piorry.

J'indique avec de l'encre, à l'extérieur de la poitrine, les limites de la circonférence du cœur. Elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qui sont relatées dans l'observation. Six carrelets sont ensuite introduits tout autour de l'organe, et la poitrine étant ouverte, ils s'écoulent de chaque plevre une assez grande proportion de sérosité claire et jaunâtre. Après quoi nous découvrons le cœur, que nous trouvons exactement renfermé entre les carrelets.

Comme les plevres, le péricarde contient de la sérosité, mais en petite quantité.

Les cavités droites sont dilatées, flasques et pleines d'un sang noir coagulé. Leurs valvules sont saines.

Les cavités gauches renferment aussi du sang; il est en partie liquide, en partie coagulé. Les parois de ces cavités sont hypertrophiées, celle du ventricule surtout.

Il existe quelques dépôts calcaires dans l'intérieur de l'endocarde et de l'endoaorte.

On en trouve surtout entre les deux feuillets membraneux qui forment les valvules sigmoïdes aortiques. La surface interne de ces feuillets est on ne peut plus rugueuse; il semble qu'on passe le doigt sur des grains de sable. L'une des valvules est redressée; les deux autres, au contraire, sont abaissées; ce sont les plus malades. Du reste, elles sont toutes assez rapprochées l'une de l'autre par leurs bords libres, pour oblitérer en grande partie la lumière du vaisseau. Le vide qu'elles laissent entre elles ne saurait ad-

mettre sans effort l'extrémité du petit doigt. L'ouverture qui devait être toujours béante, au moins dans les derniers temps de la vie, a 3 millimètres de largeur, sur un centimètre de longueur.

Opération césarienne. — Mort de la mère. — Enfant vivant.

Par le docteur DEPAUL, (4 décembre 1846).

Mélanie Laruelle, âgée de 21 ans, hoursière, peau blanche, cheveux châtains demeurant rue de Charonne, 81, (faubourg Saint-Antoine,) entra à la clinique d'accouchement le 13 juin 1842. Elle était enceinte et se disait à terme; rien n'annonçait cependant que le travail de l'accouchement fût commencé. Jusqu'au 4 août dernier, elle avait vu très régulièrement ses règles pendant quatre à cinq jours. Elles avaient reparu le 4 septembre suivant pour la dernière fois, mais elles n'avaient duré qu'un jour.

Sa mère qui est vivante est forte et très bien constituée; son père est mort; mais il jouissait également d'une bonne santé et avait une taille ordinaire. Il s'était marié deux fois; avait eu cinq enfants de son premier mariage, qui tous furent forts et bien portants, et deux de sa seconde femme: Mélanie, qui fait le sujet de cette observation et un fils qui à aujourd'hui 19 ans, qui est d'une taille plus qu'ordinaire et très vigoureux.

Jusqu'à l'âge de 18 mois, Mélanie Laruelle s'était parfaitement développée; à cette époque elle marchait déjà seule; mais elle devint malade à l'occasion de sa dentition et garda le lit six semaines. Pendant ce temps apparurent des symptômes de rachitisme; les articulations des membres devinrent volumineuses; les os s'incurvèrent et les marches devinrent très difficile; cette affection dura et fit des

progrès jusqu'à l'âge de 12 ans, époque à laquelle s'établit la menstruation. Dès ce moment la santé générale s'améliora; il survint un embonpoint assez marqué; mais les altérations du squelette ne s'effacèrent point.

Lors de l'entrée, la santé générale était parfaite; la grossesse avait été des plus heureuses.

La colonne vertébrale est droite; une légère cambrure existe au niveau de l'articulation sacro-lombaire. La tête est volumineuse, le front saillant. Les membres supérieurs et inférieurs très courts avec des articulations volumineuses. La courbure des fémurs est exagérée. La crête des tibias qui sont incurvés latéralement est très apparente.

Avec le compas d'épaisseur, on trouve au diamètre antéro-postérieur du bassin 0^m. 196, (5 p. 11 lig.), y compris l'épaisseur des parties molles et dures. La mensuration interne avec le doigt fait reconnaître cependant qu'il y a tout au plus 0^m. 046, (1 p. 3/1) de l'angle sacro-vertébral au pubis.

Le grand bassin est petit, mais régulier.

Mesures diverses de Mélanie Laruelle et d'une autre femme de taille ordinaire prise dans le service.

1 ^{re} MÉLANIE LARUELLE.	2 ^{re} AUTRE FEMME DU SERVICE.
Hauteur totale, 1 m. 12 c.	<i>dito.</i> 1 m. 78 c.
du sommet de la tête au coccx, 76 c.	<i>dito.</i> 77 c.
Long. du membre supérieur, 44 c.	<i>dito.</i> 70 c.
<i>dito.</i> du bras, 15 c. 1/2	<i>dito.</i> 27 c. 3/4
<i>dito.</i> de l'avant bras et de la main, 28 c. 1/2	<i>dito.</i> 42 c. 1/4
<i>dito.</i> du memb. infé. 53 c.	<i>dito.</i> 83 c.
<i>dito.</i> de la cuisse, 27 c.	<i>dito.</i> 40 c.
<i>dito.</i> de la jambe et du pied, 27 c.	<i>dito.</i> 43 c.
circonfé. des épaules, 93 c.	<i>dito.</i> 95 c.

Les premières douleurs de l'enfantement se manifestèrent le 15 juin dans la journée; elles durèrent toute la nuit suivante; mais elles ne furent ni très fortes, ni très rapprochées. Elles cessèrent la journée du 16 pour reparaitre vers le soir. Dès ce moment les contractions utérines furent et plus intenses et plus régulières. A dix heures et demi e du soir, la dilatation du col étant déjà assez grande 0^m. 03 à 0,04, les membranes intactes et l'enfant parfaitement vivant, M. Dubois se mit en mesure de pratiquer l'opération césarienne, pour laquelle tout avait été préalablement préparé.

La femme fut placée sur le bord d'un lit suffisamment élevé, les jambes et les cuisses soutenues par des aides. Une incision fut faite sur la ligne médiane depuis l'ombilic jusqu'à un pouce du pubis. Quoique la vessie eût été préalablement vidée, un paquet de graisse et le fond de cet organe se présentèrent à l'angle inférieur de la plaie; circonstance qui ne permit pas de prolonger la section dans ce sens, et qui exigea qu'elle fût agrandie d'un pouce à la partie supérieure. Les tissus furent divisés, couche par couche. L'utérus se présenta seul, les intestins étant maintenus écartés; ses parois furent incisées avec les précautions ordinaires et dans une étendue convenable, et l'enfant extrait sans difficulté.

Il était du sexe masculin, plein de vie et pesait 2250. gr.; il était long de 0^m, 451 et avait 0^m, 244 du sommet à l'ombilic.

Le diamètre occipito-frontal était de 0^m, 11 (4 p.) l'occip. mentonnier de 0^m, 125 (4 p. 1/2) le bi-pariétal de 0^m, (3 p. 1/2)

Le placenta fut extrait immédiatement et avec facilité par la plaie; il adhérait au fond de l'utérus; je ferai remarquer que cependant le bruit de soufflet avait été entendu dans la région inférieure et gauche de l'abdomen.

La plaie abdominale fut réunie à l'aide de la suture entortillée; et un pansement simple appliqué par dessus. L'o-

pération fut parfaitement supportée; il n'y eut ni syncope ni hémorrhagie, et la malade montra beaucoup de calme et de courage.

17 juin, 8 h. du matin. — Un vomissement a eu lieu 3 $\frac{1}{4}$ d'heure après l'opération. Un peu de tisane et quelques cerises mangées dans la journée ont été rendues. Puis la malade s'est endormie, et a été réveillée une heure après par un nouveau vomissement de tisane. Le faciès est naturel, le pouls développé, résistant, bien régulier (à 84 puls). Il n'y a pas de céphalalgie. La peau est peu chaude, la langue blanche et humide, la soif modérée. Le ventre indolore dans toute son étendue. Une légère cuisson est seulement accusée dans la région de la plaie. Il n'y a pas eu de selle, la malade n'a pas uriné. Du sang s'écoule par la vulve. (Solution de sirop de groseille, diète.)

La journée est bonne; on panse la plaie qui est dans un état excellent et seulement le siège de quelques légers picotements; elle a fourni un peu de sérosité sanguinolente. Du sang s'écoule par la vulve en quantité convenable. Le pouls assez développé et à 82. La peau est modérément chaude, la respiration naturelle et facile. Il y a eu quelques nausées seulement. On a recours à la sonde. — Limonade glacée. — (1 $\frac{1}{4}$ de lavement avec 15 gouttes de laudanum.)

18 juin, 8 h. du matin. — La nuit a été un peu moins calme que la précédente. Le sommeil a été souvent interrompu par des cuissons assez vives qui sont rapportées à la plaie. Le pouls plein, développé, mais régulier, bat 88 fois; la peau est fraîche, la respiration facile, la langue blanche humide. Les vomissements et les nausées ne se sont plus reproduits. Du sang s'écoule par la vulve. Point de céphalalgie.

Il y a un peu d'assoupissement. Elle a uriné seule sans douleur; mais elle n'a pas été à la garde robe. Les seins

n'ont pas changé. On panse la plaie, qui est en très bon état et presque complètement cicatrisée.

On continue la limonade à la glace; on donne un peu de bouillon coupé.

L'état de la malade demeure satisfaisant jusqu'à 4 h. du soir. Mais en ce moment apparurent les douleurs continues dans le ventre, surtout aux environs de la plaie; le poulx s'éleva sans rien perdre de sa force. Des nausées et des vomissements survinrent presque aussitôt (Saignée de 400 gr. — 40 sangsues sur l'abdomen. — 1/4 de lavements avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham. — Potion de Rivière.)

19 juin, 8 h. du matin. Faciès décoloré et altéré, abattement général. Peau chaude et sèche, poulx petit, régulier à 120. Nausées fréquentes, quelques vomissements de matières blanchâtres et muqueuses. Un peu de sommeil pendant la nuit souvent interrompu par les nausées et les vomissements. Le ventre est à peine développé et très peu douloureux, pas de selles, le lavement n'a pas été rendu. La malade n'ayant pas uriné, on introduit la sonde, l'urine est peu abondante et colorée. La langue est blanche et humide, pupilles un peu dilatées. Solution sirop de groseille à la glace; 1/2 lavement avec 32 gr. de sel de cuisine.) A une heure de l'après midi le lavement est rendu avec quelques matières noirâtres demi solides. Le poulx est à 140, petit et peu résistant.

Assoupissement à chaque instant interrompu par des cris plaintifs. Le ventre est plus développé que le matin. La douleur n'est pas plus vive. Un peu de sérosité sanguinolente a suinté par la région inférieure de la plaie; respiration un peu accélérée, non pénible; fréquentes nausées, sans vomissements.

A deux heures, un demi lavement avec même dose de sel gris est administré. Il est rendu presque aussitôt sans matières avec de gros paquets de mucus. Il a déterminé des coliques assez vives. A 10 h. du soir, la peau est encore

plus chaude, le pouls toujours à 140, pas de céphalalgie, l'intelligence nette, persistance des nausées; deux quarts de lavement avec 12 gouttes de laudanum dans chaque.

20 juin, 8 h. 1/2 du matin. La nuit a été mauvaise, sans sommeil. Il y a eu des vomissements très fréquents de matières jaunâtres peu abondantes, assoupissement, ventre plus développé et sensible à la pression, peu douloureuse cependant. La plaie de l'abdomen s'est désunie; ses bords fournissent du pus. De la sérosité sanguinolente en assez grande quantité s'écoule de l'angle inférieur. Une déchirure menace de se produire dans le trajet des aiguilles. La peau est sèche et chaude, le pouls à 140. On a plusieurs fois depuis hier introduit la sonde, la sécrétion de l'urine est peu abondante.

Glace, solution de groseille, la plaie est pansée simplement. — Diète.

A 7 h. du soir l'état de la malade a peu changé. Les nausées et les vomissements de même nature persistent; le pouls est toujours à 140. Un liquide sanguinolent peu abondant s'écoule par la plaie (demi-quart de lavement avec laudanum de Sydenham 10 gouttes dans chaque quart.

21 juin, 8 h. du matin. Faciès altéré, le sommeil de la nuit a été sans cesse interrompu par des vomissements très fréquents de matières plus vertes que celles de la veille, mais moins abondantes, peau chaude et sèche; pouls plus développé qu'hier et régulier, à 136, langue jaunâtre humide. Ventre plus météorisé que la veille, peu sensible cependant à une pression modérée. Il n'y a pas eu de selle. La cicatrice de la plaie de l'abdomen est rompue dans toute son étendue. Entre ses bords on voit un corps rougeâtre qu'on croit formé sur l'utérus. La peau tendue et amincie dans les points traversés par les aiguilles est sur le point de se rompre en plusieurs endroits. Des lochies rougeâtres encore assez abondantes continuent à couler par la vulve. L'urine n'étant pas rendue, il a fallu sonder la malade. La

vessie en renfermait une très petite quantité. La respiration est plus régulière et un peu moins fréquente. On compte 32 inspirations seulement.

Pansement simple sur la plaie. On donne de la glace et une solution de sirop de groseille. On applique deux larges vésicatoires à la face interne des cuisses.

A sept heures du soir l'abattement est plus considérable; le pouls est à 140; il est extrêmement petit et ondulant. La plaie est dans le même état que le matin.

A la visite du matin, faciès grippé, annonçant une profonde altération. Abattement général extrême; cependant l'intelligence est toujours parfaite, vomissements de matières verdâtres peu abondants, mais presque continuels; peau chaude et sèche, pouls un peu plus résistant qu'hier, à 136, régulier, la respiration courte, mais régulière (à 36). Langue humide, rose à la pointe, jaunâtre vers la base. La malade est restée couchée sur le ventre qui est très peu douloureux, pas de garde-robe. Depuis hier le cathétérisme a été pratiqué plusieurs fois. Toujours la vessie contenait une très petite quantité d'urine. Hier, dans la soirée, deux petits caillots sont sortis par la vulve. Ce matin les lochies coulent encore assez abondamment; elles sont rouges. Les seins n'ont subi aucune modification. La plaie est dans le même état.

Petit vésicatoire sur la région épigastrique, pour être pansé avec l'hydrochlorate de morphine. Solution de gros deux p. — Diète.

A sept heures du soir, l'état du matin ne s'est pas amélioré. Le pouls bat 140 fois par minute; deux quarts de lavement avec 20 centigrammes de sulfate de quinine dans chaque.

La nuit a été plus mauvaise que les précédentes. Des vomissements de matières vertes ont eu lieu presque continuellement. Faciès profondément altéré, vive anxiété, parole brève, saccadée; un hoquet fatigant existe depuis la veille,

respiration courte, pénible, très fréquente. Le ventre est très ballonné, la plaie toujours entrouverte laisse voir l'utérus entre ses lèvres. Deux aiguilles sont sur le point de tomber. Une sueur froide recouvre tout le corps; cet état paraît changer à peine jusqu'à deux heures de l'après midi, où elle rend tout-à-coup le dernier soupir, sans avoir perdu un seul instant la raison.

Autopsie, faite le 24 juin 1842, à 8 heures du matin, 18 heures après la mort. Température élevée.

Aucun des organes contenus dans le crâne et la poitrine n'est le siège de la plus légère altération. Toutes les lésions sont concentrées vers l'abdomen.

Le ballonnement du ventre est considérable. Il s'est évidemment accru depuis la mort. La plaie est entrouverte et lisse entrevoir une portion d'intestin. Plusieurs aiguilles se sont détachées.

La cavité du péritoine contient à peine quelques grammes de sérosité purulente. L'estomac et le gros intestin sont prodigieusement distendus par des gaz.

Le grand épiploon et la surface extérieure de l'estomac sont le siège d'une injection assez manifeste, mais qui est à peu près nulle sur les autres points de la séreuse abdominale. De faibles adhérences de formation toute récente unissent le repli péritonéal précédemment indiqué à la paroi abdominale antérieure. Les circonvolutions de l'intestin grêle, occupant surtout le côté gauche de l'abdomen, sont très légèrement agglutinées entr'elles et fort peu injectées.

Pour mieux examiner les rapports de l'intestin et de la plaie, le premier est complètement détaché de la colonne vertébrale. On trouve alors que la plaie est entièrement isolée par des adhérences qui ont la disposition suivante. Le grand épiploon est uni au fond de l'utérus dans une étendue considérable; de chaque côté une anse de l'intestin grêle joue le même rôle, de telle sorte qu'il existe un isole-

ment complet de la plaie. Celle de l'utérus a d'ailleurs contracté quelques adhérences avec celle de l'abdomen, mais en quelques points seulement. Dans plusieurs autres l'intestin apparaît à nu,

La plaie de l'utérus est arrondie, assez inégale et noirâtre. Elle offre 0^m 055 (2 p.) de diamètre à peu près dans toutes les directions. Le tissu de l'organe est un peu rouge dans un rayon de 0^m, 02 à 0^m, 03 environ. Sa surface interne est inégale, comme hérissée de bourgeons aplatis et grisâtres, quoique très denses. La consistance de l'utérus est d'ailleurs naturelle.

L'épaisseur des parois utérines est de 0^m, 03 au niveau du corps, de 0^m, 017 au niveau du col, de 0^m, 012, vers le fond. Le diamètre vertical de la matrice à 0^m, 17, le transversal (au corps) est de 0^m, 10 ; de la partie supérieure de la plaie au fond de l'organe il y a 0^m, 10.

Le sommet de la vessie n'est séparé de la partie inférieure de cette même plaie que de 0^m, 01. Tous les autres organes de la cavité abdominale sont examinés avec grand soin et sont trouvés sains. Il n'y a de pus ni dans les veines ni dans les lymphatiques de l'utérus.

Mesures du bassin après préparation et dessiccation :

Détroit supérieur.

Diamètres	{	Antéro-postérieur 0 ^m , 046 (1 p. 3/4).
		— -transversal 0 ^m , 11 (4 p.).
		— -obliques 0 ^m , 10 (3 p. 1/2).

Détroit inférieur.

Diamètres	{	Antéro-postérieur 0 ^m , 085 (3 p.).
		— -transversal 0 ^m , 10 (3 p. 1/2).
		— -obliques 0 ^m , 092 (3 p. 1/4).

Grand bassin.

D'une crête iliaque à l'autre 0^m, 214 (7 p. 1/2)

D'une épine antérieure supérieure à l'autre
0^m, 214, (7 p. 1/2)

D'une épine antérieure inférieure à l'autre
0^m, 193 (6 p. 374).

Hauteur du sacrum 0^m, 085 (3 p.).

Largeur à sa base 0^m, 085 (3 p.).

Hauteur des côtés du bassin 0^m, 152 (5 p. 172)

Hauteur du pubis 0^m, 027 (4 p.).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXII^e ANNÉE.

BULLETINS N^{os} 3, 4 ET 5 (Mars, Avril et Mai 1847).

RÉDIGÉS

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, ROUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*
— 1. Tubercule syphilitique du cerveau. — 2. Ganglions nerveux de la tête. — 3. Tumeurs du sein. — 4. Anévrysmes de la crosse de l'aorte; ulcération de l'estomac. — 5. Ulcérations du larynx. — 6. Suspension de la sécrétion urinaire. — 7. Affection du foie. — 8. Cancers de l'estomac. — 9. Anastomose du nerf nasal de la branche ophthalmique avec le nerf optique. — 10. Exsudation muco-purulente à la surface du larynx. 11. Fracture du crâne. — 12. Ramollissement inflammatoire du mésentère. — 13. Oblitération du canal déférent. — 14. Absès de l'os maxillaire inférieur. — 15. Exemple d'hypospadias. — 16. Volume relatif des deux seins. — 17 et 18. Produits de conception; discussion. — 19. Tubercules du testicule. — 20. Division congéniale de la voûte palatine sans bec-de-lièvre. — 21. Calculs biliaires. — 22. Tubercules dans les trompes. — 23. Kyste pileux du cou. — 24. Concrétions fibrineuses à la surface de la rate. — 25. Cancer utérin; métrô-péritonite. — 26. Tumeur parotidienne. — 27. Fausse articulation consécutive à une luxation sous-scapulaire. 28. Tumeur blanche du pied. — 29 et 30. Calculs vésicaux. — 31. Ulcération de l'œsophage.

- 32. Pustules ombiliquées dans la tunique vaginale. —
 33. Tubercules de la moëlle épinière.
 B. — *Auscultation des poumons à l'état normal, (mém. et rapport).*
 C. — *Perforation de l'appendice cæcale, péritonite consécutive, coxalgie; tubercules des poumons, des reins, de la muqueuse intestinale.*
 D. — *Variole hémorrhagique grave, avec infiltration sanguine de la glotte, simulant un œdème de la glotte. (Obs., rapp. et disc.)*
 E. — *Origine de la corde du tympan. (Rapport et disc)*
 F. — *Rupture du cœur.*
-

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
 Anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. M. Courtin présente le cerveau d'une femme de 38 ans, morte dans le service de M. Beau, (Hôtel-Dieu annexe). Cette femme, mariée depuis 19 ans, a quitté il y a six ans, son mari dont la conduite était peu régulière pour venir à Paris, où elle a vécu seule, mais non sans avoir de rapports sexuels. Quatre ans plus tard, elle est subitement prise sans cause appréciable de céphalalgie violente, continue, avec exacerbations fréquentes, nocturnes et se prolongeant parfois dans la journée jusqu'à la nuit suivante : pendant six mois cette céphalalgie, localisée à la partie droite de la région frontale et de la tête, résista à des moyens nombreux de traitement, et dont la malade ne peut rendre un compte exact, puis disparut comme elle était venue. L'appétit a complètement cessé dès le début de la crise, et vers la fin, la vision de l'œil gauche a été brusquement supprimée, sans affaiblissement, ni troubles préalables de la vue : à cela près, la malade se serait trouvée aussi bien portante, aussi libre d'esprit qu'auparavant.

Plus d'un an s'écoule, et tout-à-coup, il y a quatre mois, l'hé-

mi-cranie reparait tout-à-fait semblable à la première, localisée à droite comme elle avec les mêmes paroxysmes, en même temps affaiblissement de la vision à droite, et le 17 novembre 1846, la malade entre à l'hôpital dans un état d'affaiblissement presque comateux :

Amaigrissement considérable, teinte terreuse de la peau, anorexie complète; mais, à cela près, état satisfaisant des premières voies. M. Beau, prenant en considération l'inutilité des moyens nombreux précédemment employés, et surtout la physionomie et la marche de l'affection, pensa qu'elle pouvait être liée à une de ces altérations viscérales syphilitiques de la période transitoire sur laquelle M. Ricord a récemment appelé l'attention, et prescrivit un traitement mercuriel : l'amélioration fut des plus rapides; dès le deuxième ou troisième jour du traitement, la malade assise sur son lit se disait guérie; bientôt elle demanda sa sortie; néanmoins on la retint, et on lui fit continuer le traitement spécifique. Au commencement de janvier, la douleur, presque nulle pendant quelque temps, semble revenir à son taux précédent : la vision s'affaiblit à droite, et la flamme d'une bougie paraît plus grande, pâle et brisée : rien de particulier dans les mouvements, ni l'aspect de cet œil : à gauche pupille immobile de mêmes dimensions qu'à droite. — Appétit irrégulier, selles rares, apyrexie complète. — La malade affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne d'aucune espèce. Le 8 janvier au matin éclata un paroxysme de douleur, plaintes fréquentes, mouvements incertains, voix traînante, main automatiquement portée au front et au vertex, où siège la douleur la plus vive; hébétude légère, décomposition des traits, parfois la malade, habituellement assise sur son lit, se laisse retomber sur les oreillers sans pouvoir répondre aux questions qu'on lui adresse; ni continuer l'acte commencé, le front toujours serré dans les mains : quelques minutes après, le calme et la présence d'esprit renaissent : élocution lente, pénible, réponses parfois contradictoires. — Au bout de 36 heures, ces troubles s'apaisent en grande partie sans qu'on doive l'at-

tribuer, suivant M. Courtin, à quelques révulsifs sur les extrémités inférieures ; mais bientôt ils reparaissent plus violents, et le 13, les mouvements sont incertains ; un tremblement continu agite les membres ; les narines sont pulvérulentes, les yeux demi clos, la face vultueuse, la malade ne mange plus seule, sensibilité conservée, constipation depuis cinq jours. . . Le 20, coma complet, d'où on ne la tire qu'avec peine. Le soir carus, respiration stertoreuse. — Mort à la fin de la nuit.

Autopsie faite 48 heures après la mort. — Intégrité des viscères thoraciques et abdominaux.

Cerveau. — Un peu de congestion passive des vaisseaux de la face convexe des hémisphères. — La face supérieure du lobe antérieur gauche a une teinte rosée et une mollesse marquées. Cette dernière circonstance rendit très difficile le renversement du cerveau pour le détacher de la base du crâne ; car la moindre traction pouvait déchirer le lobe gauche dont la face inférieure adhérerait si fortement aux os, par l'intermédiaire de ses méninges, qu'il fallut en laisser en place une petite partie, près du crista-galli, avec une portion de la substance du lobe ; les débris enlevés ensuite avec soin, furent facilement rapprochés du reste. Le cerveau renversé, on remarqua d'abord une largeur exagérée de la face inférieure du lobe malade, (0 m. 05, sur la limite postérieure, tandis que l'autre en a 4 seulement au même niveau). Ce lobe dans son ensemble, considérablement ramolli, s'affaisse sur lui même et s'étale en tous sens, bien que le cerveau soit renversé dans sa calotte osseuse. La scissure médiane est déjetée à droite, et le lobe correspondant déprimé d'un centimètre environ.

Les caractères physiologiques de la dure-mère ne sont altérés que dans sa portion adhérente à la pulpe cérébrale, laquelle correspond à toute la face inférieure du lobe gauche jusqu'au niveau de la terminaison du sillon médian et à une petite portion de la face latérale ; mais les altérations des autres membranes d'enveloppe s'étendent plus loin dans tous les sens, surtout en arrière et à droite. Au niveau de ses adhérences, la

dure-mère tire sur le jaune grisâtre avec des teintes rosées : le doigt découvre sous elle des nodosités de grosseur variable, tranchant par leur dureté avec la mollesse des tissus voisins, et correspondant aux points les plus jaunes de la membrane. Autour d'elle, l'arachnoïde et la pie-mère, siège d'une inflammation avec suffusion, œdème, forment à ce point central, une auréole d'un rouge orangé d'autant plus vif qu'on approche davantage du centre de l'altération. Une saillie légère au-dessus des parties environnantes complète l'ensemble de cette altération secondaire ; celle-ci remonte un peu sur la face convexe du lobe malade, mais enjambant la moitié postérieure de la scissure médiane, elle attaque superficiellement le lobe droit à sa face inférieure seulement, jusqu'au sillon du nerf olfactif, et de là se dirige en arrière vers le nerf optique, où elle rejoint l'altération que nous allons suivre à gauche.

De ce côté elle envahit tout l'espace perforé jusqu'au lobe moyen, franchit le nerf optique, intéresse le tuber cinereum, (qui est gris, rougeâtre, saillant, de forme demi olivaire) la glande pinéale qui lui est sous-jacente pour ne s'arrêter qu'aux pédoncules du cerveau. Sur les parties correspondantes à droite l'inflammation s'affaiblit et s'éteint. Au devant du chiasma, et jusqu'au point où il franchit le trou optique, le nerf de ce nom est palpeux, rougeâtre et presque confondu avec les produits inflammatoires sécrétés par les méninges. La moitié gauche du chiasma et de la portion de nerf qui lui est postérieure, ramollis presque jusqu'à la diffuence, sont très diminués de volume et à peine distincts au milieu d'un détritüs blanchâtre qui semble leur appartenir. Sous le lobe moyen, au contraire, le nerf revient à l'état normal, l'altération s'arrêtant brusquement au point où il s'enfonce entre le pédoncule cérébral correspondant et le lobe moyen ; ce qui permet d'apprécier exactement la perte de substance signalée.

Les portions droites du nerf optique sont normales, sauf au niveau du chiasma où le névritisme est légèrement injecté, rougeâtre, un peu adhérent aux méninges malades. Prise assez

loin du point altéré, et dans divers sens, la pie-mère se détache nettement des circonvolutions cérébrales; à mesure qu'on s'approche de l'auréole signalée, elle leur adhère plus fortement, on arrache une portion avec elle, puis au niveau de la suffusion indiquée se rompt tout-à-coup: au de là de ce point jusqu'aux bords de la plaque adhérente de la dure-mère, il n'y a plus qu'un produit inflammatoire friable rougeâtre formant une couche plus ou moins épaisse, et dans laquelle on ne retrouve aucun des éléments anatomiques: ce ramollissement est uniforme, et ne diffère à droite de ce qu'il est à gauche que par la profondeur moindre à laquelle il pénètre. La scissure antérieure étant écartée, on voit que les circonvolutions les plus inférieures de la face interne du lobe antérieur considérablement gonflées, sans changement appréciable dans leur coloration, ont creusé sur la face correspondante du lobe droit des excavations profondes où elles se logent.

A l'aide de deux ou trois incisions longitudinales profondément pratiquées sur la face inférieure du lobe gauche, on constate que les désordres sont à leur maximum d'intensité au niveau de la plaque adhérente de la dure-mère, qui adhère au noyau inflammatoire très distinct, et formé aux dépens de la couche corticale. Irrégulièrement ovoïde, épais de 0^m, 018, et long de 0^m, 028, (dans son plus grand diamètre,) beaucoup plus dur que la substance cérébrale normale, mais friable; il est d'un rouge brun à peu près uniforme, traversé par de nombreuses ramifications vasculaires, qui tranchent en rouge vif, ou en noir sur la teinte générale. Sur sa face inférieure, il adhère intimement aux méninges confondues en une plaque de consistance cartilagineuse de 2^{mm} à 2^{mm} 1/2 d'épaisseur. La face supérieure, cachée dans l'épaisseur du lobe, présente plusieurs contours très nets, rappelant ceux de la substance grise des circonvolutions. La substance blanche la plus voisine de ce noyau est fortement pointillée, ramollie, d'une teinte rosée; plus haut seulement ramollie, et enfin dans la couche supérieure du lobe à peu à peu normale. Sur la circonférence, le noyau est continu

à la substance grise, ramollie, épaisse, confondue enfin avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère, et se réduit à 10., 15 mm., plus loin à une couche désorganisée dont les limites ont été définies plus haut et décroissent d'épaisseur à mesure qu'on s'éloigne davantage du point central. La substance du noyau est formée de petites masses pour la plupart comparables pour le volume, à des graines de chenevis et la plus grosse à un noyau de cerise, groupées au nombre de trois ou quatre, très dures au toucher, et constituant les nodosités indiquées; sur la plupart des coupes on distingue une périphérie d'un blanc mat, de consistance fibreuse sans apparence de fibres et un centre jaunâtre, ou même jaune, moins dense et presque liquide, séparé par une ligne de démarcation franche. . . .

On ne peut méconnaître dans ces nodules des collections purulentes à divers degrés.

Rien dans les autres parties de l'encéphale.

M. Courtin, après avoir rappelé que cette femme présentait aux organes génitaux des traces de syphilis antérieure, raconte qu'il a montré cette pièce pathologique à M. Ricord qui, n'a pas hésité un instant à y trouver les caractères du tubercule syphilitique du cerveau.

A l'occasion de cette présentation, M. Richard prie M. Courtin de vouloir bien lui dire sur quels caractères anatomiques s'est fondé M. Ricord pour reconnaître au simple aspect l'existence d'un tubercule syphilitique dans le cerveau qui vient d'être présenté. Il ne nie point que telles ne soient la nature et l'origine de la lésion; mais il désirerait savoir quels sont les éléments de ce diagnostic anatomique. — En second lieu, il demande à M. Courtin si, dans son opinion, le traitement préconisé par M. Ricord dans les cas de syphilis tertiaire, aurait été capable d'enrayer la marche d'une affection aussi avancée.

M. Courtin répond qu'on a pu quelquefois, dans des cas semblables, compter sur l'efficacité de l'iodure de potassium; que, quant à l'existence du tubercule syphilitique, il est impossible

de ne pas accepter le diagnostic qu'il vient de porter, puisque dans les poumons et les autres viscères, il n'y avait pas la moindre trace de tubercules, et que si, l'on regardait ces tubercules comme n'étant point d'origine syphilitique, on admettrait par là un phénomène pathologique sans analogue dans l'économie, un fait en un mot contraire à la loi généralement admise. Au reste, *M. Courtin* regrette que *M. Richard* n'ait pu voir la pièce à l'état frais; il y aurait reconnu les tubercules dessinés et décrits par *M. Ricord*.

M. Richard croit que les raisons invoquées par *M. Courtin* ne sont pas sans réponse, et en particulier qu'en ce qui concerne l'existence de tubercules isolés dans l'économie, ce ne serait point, comme le croit *M. Courtin*, un phénomène sans analogue dans les autres parties du corps, témoin le tubercule des os, du testicule que l'on rencontre souvent sans que l'on puisse constater sa présence dans les poumons : en un mot, que la loi de *M. Louis* est peut-être vraie dans la généralité des cas, mais que tous les jours les études cliniques lui apportent de notables restrictions.

M. Barth trouve que, dans la question des tubercules syphilitiques, règne une grande confusion, et qu'il est difficile de savoir quelle idée il faut attacher en syphilis au mot tubercule, qu'on a appliqué tour-à-tour à des masses d'aspect de consistance, de coloration et de volume, etc., différents. Il demande aussi si la substance que l'on a sous les yeux, et que *M. Courtin* rapporte au tubercule syphilitique, diffère des autres tubercules par la forme, l'étendue, les rapports avec les parties voisines, etc. Il juge cette distinction importante, car dans l'espèce on pourrait à bon droit croire aussi bien à l'existence d'une encéphalite locale, puisqu'on y constate de la suppuration avec des parois indurées et une dépression au niveau des parois suppurées produites sans doute par le retrait des tissus; au reste, c'est avec une extrême réserve que *M. Barth* émet cette opinion.

M. Courtin répond que les syphiliographes en effet ont

donné le nom de *tubercules* à des masses hétérogènes auxquelles ils ont appliqué le nom de *gommes*, quand elles existaient dans les muscles, et que le diagnostic repose sur la marche et les antécédents de la maladie, plutôt que sur les caractères physiques; que c'est mal à propos que M. Richard établit une analogie entre les tubercules syphilitiques et ceux du poumon, que s'il eût tenu compte de l'observation de M. Barth, il n'aurait pas poussé plus loin son argumentation.

M. Richard répond que l'observation de M. Barth, loin de rendre inutile l'interpellation qu'il lui a faite, la rend au contraire plus nette, plus pressante, puisqu'elle n'est que la reproduction de la sienne en termes plus précis, et quant à la fausse analogie qui a été établie entre les tubercules syphilitiques du cerveau et ceux du poumon, ce n'est pas à lui qu'il faut l'imputer, mais bien à M. Courtin lui-même, qui n'aurait pas dû parler de ces derniers en cette occurrence, s'il n'eût implicitement admis une corrélation entre ces deux produits pathologiques. Enfin, ajoute M. Richard, du moment que M. Courtin n'admet ou ne connaît point de caractères physiques propres à établir cette distinction, la discussion se trouve nécessairement close.

Quant à la question de traitement, M. Deville ajoute que les accidents syphilitiques tertiaires, du côté des centres nerveux, sont très-réfractaires au traitement par l'iodure de potassium.

2. M. Gros demande la parole pour faire une communication verbale relative à ses recherches sur les ganglions nerveux de la tête.

1° Ce ganglion, que M. Gros appelle *sensoriel* parcequ'il établit des connexions entre les appareils nerveux du goût de l'ouïe et de l'odorat, se rencontre sur l'homme, le cheval, le veau et le mouton; il est placé à la partie la plus saillante du genou du facial. Chez le cheval, il est compris dans un espace triangulaire formé par le nerf facial et les deux rameaux du nerf vidien: du volume d'une petite lentille, il est gris rougeâtre; sa forme est celle d'un triangle à angles arrondis. Il s'altère avec

la plus grande facilité, car quelques heures après la mort il devient impossible de constater sa présence, si l'on n'a eu la précaution de plonger immédiatement la pièce dans une liqueur conservatrice; ce n'est que chez le cheval que M. Gros a observé cette altérabilité.

Des rameaux qui vont à ce ganglion ou qui en partent, les uns sont connus et déjà décrits : ce sont le nerf petit pétreux et les deux rameaux partant de la partie supérieure du ganglion et allant au nerf acoustique; seulement M. Gros leur donne une interprétation différente : les autres sont au nombre de trois; le premier, le plus volumineux, est celui de la corde du tympan : les deux autres, très petits, vont l'un au facial et l'autre dans le névrilème à trois ou quatre lignes du ganglion. Il a été impossible de le suivre plus loin.

2° Les filets anastomotiques que les anatomistes admettent entre le facial et l'acoustique dans le conduit auditif interne et qu'Arnold fait venir du ganglion otique par l'intermédiaire du petit pétreux, viennent directement du ganglion que nous venons de décrire, et sont simplement accolés au facial qu'ils croisent presque transversalement.

3° Le nerf carotidien postérieur, derrière le ganglion de Gasser, envoie au nerf vidien un filet assez considérable qui se dirige du côté du facial jusqu'au genou de ce dernier; il paraît se rendre soit au ganglion soit au rameau inférieur du nerf vidien (corde du tympan).

4° Entre le nerf auriculaire de la huitième paire et la corde du tympan existent deux rameaux (dont un constant) qui vont se réunir à la corde du tympan, au moment où elle se sépare du facial.

Dans un cas où il n'y avait qu'un rameau, celui-ci passait en dedans du facial. Ils sont tous deux en dehors dans le cas contraire.

5° *Point historique.* C'est à tort qu'on attribue généralement à Hyppolyte Cloquet l'opinion que la corde du tympan fait suite au nerf vidien; car M. Gros dit n'avoir pu retrouver la démonstration de ce fait dans les ouvrages et mémoires de

l'auteur, ni dans le mémoire de M. Ribes auquel il renvoie.

Les relations, dit M. Deville, du grand sympathique avec le facial, telle que les expose M. Gros, sont bien connues aujourd'hui, car il y a, depuis quatre à cinq mois, dans le musée de la Faculté, des pièces préparées par M. Cusco pour le concours du prosectorat, et sur lesquelles ces dispositions s'étudient avec la plus grande netteté.

Quant à la description du ganglion placé sur le facial, elle n'a rien de neuf non plus; car elle est tout'aussi complète, et la même dans le traité de Névrologie publié depuis plus d'un an par M. Froment.

Le filet du grand sympathique qui se rend au facial n'aurait été décrit encore par personne, suivant M. Gros, et quant à la description de ganglion nerveux, elle diffère de celle donnée par M. Froment.

3. M. Macquet présente trois tumeurs du sein enlevées ces jours-ci par M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, sur trois femmes qui ont été soumises aux vapeurs de l'éther.

Chacune de ces trois tumeurs avait commencé à une époque qui a été mal déterminée; les femmes n'y ont pris garde que depuis une année environ, plus ou moins, alors que la tumeur était déjà bien développée.

La première, enlevée sur une femme épileptique âgée de 36 ans, était mobile et bien circonscrite dans l'épaisseur de la glande mammaire. Elle a la forme d'un œuf un peu aplati, et le volume d'une petite orange. L'aspect de la surface extérieure est lisse; par le toucher, on sent dans l'intérieur des bosselures multiples, dures, un peu volumineuses. La tumeur est enkystée dans une couche mince de tissu cellulaire serré, qui la sépare exactement des parties voisines. Si on la coupe, on la trouve toute composée de lobules du volume d'un pois à celui d'une noisette, séparés profondément par des cloisons cellulaires; leur tissu est d'une consistance ferme, semi-cartilagineuse, d'un aspect blanc un peu louche et semi-transparent; par la pression on n'en fait sortir aucun liquide non seulement louche,

mais pas même de la sérosité. Ces lobules ressemblent beaucoup aux corps fibreux de l'utérus, sauf que leur aspect fibreux est beaucoup moins accentué, parce qu'il est noyé au milieu de l'aspect semi-cartilagineux du tissu. La tumeur est d'ailleurs un peu vasculaire. M. Barth fait remarquer que c'est là un type des tumeurs fibreuses dues à l'hypertrophie du tissu cellulaire de la glande; probablement on y trouverait aussi des éléments de la glande; mais la maladie réside spécialement dans le tissu cellulaire.

La seconde tumeur enlevée sur une femme de 55 ans qui n'a plus ses règles depuis quatre ans, est, de l'avis tout le monde, de l'encéphaloïde ramolli, avec du pus au centre: le tissu formant une tumeur du volume d'une grosse noix est infiltré au sein des tissus de la glande, et, ressemble par sa teinte grisâtre, sa vascularité et sa consistance à de la substance cérébrale grise. La pression en fait sortir un suc épais, grisâtre, ayant tous les caractères du suc cancéreux. — Avant son extirpation, cette tumeur était lisse, adhérait à la base du mamelon, et donnait dans son centre les signes d'une fluctuation profonde. Elle n'occasionnait pas plus de douleur que la tumeur précédente.

La troisième tumeur provient d'une femme de 44 ans, encore réglée. La glande mammaire, en grande partie envahie, est ratatinée et confondue avec le tissu morbide. Celui-ci forme une masse aplatie, disposée en bosselures malisolées, dont quelques-unes soulèvent la peau dont elles ont envahi la face profonde, dans quelques points, presque jusqu'à la surface. Son aspect lardacé, sa dureté extrême, le suc louche qu'il laisse sortir par la pression dénotent assez un squirrhe.

Il faut ajouter que la peau du pourtour du mamelon qui a été le point de départ de la maladie, est criblée d'un grand nombre de tubercules squirrheux dans son épaisseur. La malade opérée a succombé quatre jours après l'opération. La cavité axillaire est remplie par des ganglions squirrheux qui remontent jusques vers le milieu de la région cervicale, tournent le deltoïde en dessous, en avant et en arrière de

l'articulation; les vaisseaux et les nerfs environnants n'étaient pas comprimés. Ces chapelets ganglionnaires considérables sont d'autant plus remarquables qu'avant l'opération, on ne pouvait pas en présumer l'existence; les mouvements du membre n'étaient pas du tout gênés. La suppuration de la plaie a décollé les muscles pectoraux. La cavité thoracique droite, placée immédiatement derrière cette plaie, contient un liquide séro-purulent, et la plèvre est un peu injectée. A la base du poumon droit, se voient une grande quantité de petites saillies analogues à celles qu'on trouve dans le foie, et qu'on pouvait prendre d'abord pour des foyers d'abcès, dits métastatiques; en les incisant, on reconnaît que ces tumeurs sont constituées par des masses squirrheuses identiques dans leur structure aux masses ganglionnaires; M. Robin a d'ailleurs constaté par le microscope que c'était du cancer. Dans le foie se trouve un nombre considérable de tumeurs semblables, accumulées surtout vers le bord tranchant du foie, sur le lobe gauche.

M. Mercier cite un fait observé par lui en 1836 ou 1837 dans le service de M. Roux. Un homme à qui on avait enlevé une parotide squirrheuse, a présenté à l'autopsie des tumeurs cancéreuses multiples, disséminées dans les poumons.

M. Macquet rappelle que la malade dont il vient de présenter les pièces, avait été soumise aux inhalations d'éther; à l'autopsie les centres nerveux et les bronches sont parfaitement intactes, sans aucune injection.

4. M. de Beauvais montre deux pièces:

1° Un anévrysme de la crosse de l'aorte pris chez un homme de 41 ans, tailleur, mort à l'hôtel-Dieu dans le service de M. Jadioux. Cet homme, d'une maigre constitution, petit, à poitrine étroite, a été soldat pendant huit ans, et s'est livré à de nombreux excès: lorsqu'il est entré à l'hôpital, il se plaignait depuis treize mois d'étouffement à l'épigastre, puis vers la trachée, lorsqu'il montait un escalier ou fatiguait en travaillant; il survint de la douleur dans la poitrine; des battements violents qui remontaient dans la partie latérale gauche du cou, et une

douleur dans le bras gauche; toutes les fonctions s'exécutaient bien d'ailleurs. Vers le mois de juin de l'année dernière, commença à se former une tumeur à la partie antéro-supérieure gauche de la poitrine. Cette tumeur, placée lors de l'entrée du malade dans le deuxième espace intercostal, contre le sternum, avait le volume d'une noix; à peine douloureuse, elle était réductible par une pression assez forte; la peau soulevée était saine; la tumeur, fortement tendue, était le siège de battements énergiques isochrones au pouls. Matité assez étendue aux environs de cette tumeur. Pas de frémissement cataire. La tumeur donne à l'auscultation un bruit double comme le cœur; le premier bruit, plus long, est suivi d'un bruit de souffle. Les battements du cœur s'entendent dans toute la poitrine. Le malade était en proie à une oppression qui l'obligeait d'abord à se tenir assis, plus tard couché sur le côté gauche; pas de crachements de sang; crachats nummulaires nageant dans un liquide clair. Une douleur vive s'est montrée dans les derniers jours au côté droit de la poitrine, et le malade a succombé au milieu d'une oppression considérable.

À l'autopsie, la tumeur disséquée apparaît entre les deux poumons, derrière le sternum auquel elle adhère par toute sa face antérieure. Elle appartient à la crosse même de l'aorte. Du volume du poing environ, elle est bilobée sur sa face antérieure, par le passage de la veine cave supérieure qui la déprime. Elle est appliquée par ses faces latérales contre les poumons, surtout contre le tiers interne et supérieur du poumon gauche dont la substance fait partie de la paroi de la tumeur. Sa face postérieure répond à la bifurcation de la trachée, à la bronche gauche surtout, et aux veines pulmonaires. De sa face supérieure se dégagent les trois gros troncs artériels de la crosse de l'aorte, mais qui sont rejetés notablement en arrière. — La tumeur est remplie de caillots fibrineux et consistants. La cavité fort irrégulière présente plusieurs appendices dont le principal correspond au sternum et au second espace intercostal. La paroi anévrysmale n'existe plus là, ou plutôt est formée par le sternum

lui-même, et dans l'espace intercostal, par le tissu cellulo-fibreux de la région. Dans ce point, le périoste du sternum est conservé, épaissi, sauf dans un espace grand comme une pièce d'un franc, où le périoste et la lame superficielle compacte ont disparu de manière à montrer à nu le tissu spongieux; pas de vascularité, pas de ramollissement autour; cette altération est toute mécanique. Aux deux extrémités, vers le cœur et vers l'aorte descendante, la tumeur se continue avec la cavité de l'aorte dont la sépare dans les deux sens un bourrelet circulaire peu saillant, mais assez marqué cependant. Un bourrelet elliptique, formant une espèce de sinus, se voit aussi à l'embouchure du tronc brachio-céphalique qui est sain ensuite. Les deux autres gros troncs artériels n'offrent rien de particulier. — L'aorte est parsemée sur sa face interne d'un grand nombre de plaques épaisses, blanchâtres, semi-cartilagineuses. — Rien au cœur, ni au péricarde. Tubercules au sommet du poumon droit. Le poumon gauche est un peu engoué; la bronche gauche est un peu aplatie par la compression qu'exerçait la tumeur.

La seconde pièce est fort remarquable.

Il s'agit d'une ulcération idiopathique de l'estomac trouvée chez un homme de 30 ans, mort dans le même service que le précédent, à la suite d'une hématurie extrêmement abondante. Presqu'aucun antécédent ne pouvait faire prévoir le fait; dans le temps quelques accès de fièvre intermittente; il y a dix-huit mois, cet homme bien constitué avait eu une hémorrhagie semblable, après avoir éprouvé une sensation de pesanteur, comme une barre à l'épigastre, et de la gêne dans les digestions. La première hémorrhagie avait été tellement abondante, qu'elle avait réduit le malade à un état anémique des plus prononcés que six mois ont suffi à peine à guérir. La seconde hémorrhagie l'a pris pendant la nuit. Transporté à l'hôtel-Dieu, il n'avait plus de vomissements de sang dans la matinée; mais il était très pâle; les muqueuses étaient complètement décolorées; douleur à l'estomac; tension et matité dans le ventre; poulx filiforme; faiblesse extrême; intelligence conservée, sans nouveaux vo-

misements, sans qu'il y ait eu de selles sanguinolentes. — A l'autopsie on trouve la cavité des intestins grêles et de l'estomac remplie de sang noirâtre, qui en a coloré les parois. Il y en a surtout une grande quantité à demi-coagulé dans le grand cul de sac de l'estomac. La muqueuse de l'estomac est colorée dans une bonne partie de son étendue en noir assez foncé par l'infiltration sanguine qui en traverse toute l'épaisseur en certains endroits, elle est légèrement ramollie, normale d'ailleurs. Sur le milieu et tout-à-fait au fonds, en bas et à gauche du grand cul de sac, on trouve comme unique lésion en bas et à gauche, une petite ulcération presque ronde, parfaitement régulière, comme si elle avait été faite par un emporte-pièce, ayant un diamètre d'un centimètre environ. Les bords réguliers ne sont pas du tout amincis, et comprennent toute l'épaisseur de la muqueuse seulement; sur le milieu du bord postérieur, il y a une petite frange comme une petite lnette qui altère à peine la régularité de l'ouverture. Cette ouverture conduit à une cavité ovoïde de deux centimètres et demi de long, sur un centimètre et demi de large, dirigée de bas en haut, et due à un décollement de la muqueuse de dessus la couche musculaire. Par en haut cette cavité se prolonge sans ligne de démarcation avec une veine tortueuse, du volume d'une petite plume de corbeau, à parois épaisses, remplie par un caillot noirâtre et mou qui la fait saillir manifestement sous la muqueuse. Cette veine se perd dans les parois de l'estomac après quatre à cinq centimètres de trajet. Un autre prolongement de la cavité a lieu à travers la membrane musculeuse jusque sous le péritoine et dans l'épiploon gastro-splénique, probablement aussi dans quelques veines. En pressant sur tous ces trajets, on fait sortir par l'ulcération de la muqueuse du sang à demi coagulé. Les veines de la grande courbure de l'estomac et les veines qui forment les vaisseaux courts sont remplies de caillots consistants. Dans l'épiploon gastro splénique sont épars plusieurs petits épanchements sanguins isolés, figurant au premier abord de petites rates surnuméraires. Des épanchements semblables, mais plus volumi-

neux, se voient à la partie inférieure du grand épiploon. — La rate a le double de son volume et la consistance d'un poumon hépatisé; aspect granulé à la coupe; pas de liquide sanguinolent infiltré. Le foie et les poumons sont sains. Le cœur est petit, pâle, sans aucune autre altération.

5. M. *Béraud* montre des ulcérations du larynx chez un jeune homme tuberculeux, âgé de seize ans, mort dans le service de M. Sandras à l'Annexe. Cet individu, atteint d'une aphonie légère, fut pris vers la fin de janvier d'une éruption variolique. Pendant la convalescence, sont survenus des accès de suffocation subite, qu'on a attribués à un œdème de la glotte; par l'auscultation, on entendait dans le larynx un bruit de souffle. Un chirurgien appelé a pensé qu'il s'agissait d'un spasme de la glotte; la nuit même des accès de suffocation se sont terminés par une asphyxie qui a obligé M. Courtin, interne de garde, à pratiquer infructueusement la trachéotomie. A l'autopsie, on trouve la corde vocale inférieure droite envahie par une large ulcération qui n'avait pas empêché le malade de parler assez bien jusqu'au moment de la mort.

6. M. *Moutard Martin* demande la parole pour exposer un fait fort remarquable sous le rapport de la physiologie pathologique. Un Monsieur, âgé de 65 ans, a perdu sa femme il y a un an environ; par suite de cette perte, il a été pris d'un chagrin violent; sa santé, jusque là très bonne, a commencé à s'altérer d'une manière notable; il devenait lourd, endormi, avec tendance aux congestions cérébrales; il avait souvent des douleurs rhumatismales, plus souvent qu'autrefois, surtout à la région lombaire. A la fin de décembre, il a été pris d'une suspension complète de la sécrétion urinaire, sans fièvre, ni douleur, en conservant d'ailleurs son appétit. Il n'a parlé de ce fait que le troisième jour. Un médecin appelé, a palpé, inspecté partout, sondé sans difficulté; il n'a trouvé rien d'anormal, mais il n'a pas obtenu d'urine. Pendant seize jours, cet état a persisté complètement, le malade continuant à boire sans qu'il y ait eu aucune autre indisposition, sauf qu'il y avait un peu d'af-

faiblissement, qui pouvait s'expliquer par deux saignées pratiquées, et une diminution dans la quantité des aliments permis. MM. Chomel et Blandin ont vu tous les jours ce Monsieur avec le médecin ordinaire; toutes les précautions ont été prises pour découvrir la fraude, s'il y en avait eu; son fils et son gendre l'ont constamment surveillé; on a mis autour de la verge des linges blancs, qu'on a retrouvés dans le même état. Il n'y a pas eu d'hydropisie, pas de diarrhées, de sueurs, ni de vomissements, aucune sécrétion qui pût remplacer celle des urines. Au seizième jour, le malade a été pris d'une pneumonie très grave, et aussitôt la sécrétion urinaire s'est rétablie avec une grande abondance pendant les premières vingt-quatre heures dans lesquelles la pneumonie a été très grave. A ce moment la pneumonie ayant un peu diminué, les urines ont disparu de nouveau, et le malade est mort le dix-neuvième jour de cet accident.

M. Bernutz a observé il y a deux ans, dans le service de M. Laugier, un fait à peu près analogue, en ce sens qu'un homme de cinquante et quelques années est resté quatorze jours sans uriner. L'accident se déclara à la suite d'excès de boissons; mais le malade fut bientôt pris de délire, qui ne l'empêcha pas cependant de venir à pied à l'hôpital. La sonde introduite dans la vessie n'a pas fait sortir d'urine; il n'y avait rien du côté des reins. Deux purgatifs firent disparaître cet accident; pendant trois jours, il y eut un flux très abondant d'urine.

7. M. Courtin fait voir le foie d'un homme de 58 ans, mort à l'Annexe, dans le service de M. Beau. Cet homme est entré se plaignant d'une diarrhée survenue, six semaines auparavant, à la suite d'un refroidissement qu'il avait éprouvé en se mettant à l'abri dans un endroit ouvert aux courants d'air, après avoir été mouillé par une forte pluie. A son entrée, il avait simplement du dévoiement et de la perte d'appétit; la décoction blanche ayant produit de l'amélioration, comme ce malade ne se plaignait pas d'autre chose, on ne l'examina pas davantage. Dans les premiers jours de février, le malade s'est plaint du

ventre, et on a vu survenir une ascite qui, dès lors, a empêché qu'on pût faire l'examen du foie. Du 13 au 17 février l'appétit a diminué au point que le malade ne mangeait plus; il y avait des flatuosités d'estomac qui gênaient la respiration. Le 17 février, le malade, après s'être levé, est tombé dans un abattement extrême; le pouls était filiforme, peu précipité, et le malade est mort à trois heures de l'après midi.

A l'autopsie on trouve quelques tubercules pulmonaires. L'estomac est petit, ratatiné. Les intestins sont peu météorisés, bien que pendant les derniers jours, la percussion ait démontré que le développement du ventre était aussi bien dû à des gaz qu'au liquide contenu dans le péritoine. Ce dernier liquide, dont la quantité peut être évaluée à quatre ou cinq litres, est de la sérosité tenant en suspension quelques flocons albumineux. Le foie seul est altéré; il est petit, d'une couleur d'un brun verdâtre assez analogue à celle de la rate; son poids est de 558 grammes; ses diamètres sont: de droite à gauche 22 centimètres, dont 15 pour le lobe droit et 7 pour le gauche; d'avant en arrière, 10 centimètres, pour le lobe gauche, 11 centimètres $1/2$, pour le droit; maximum d'épaisseur 4 centimètres; s'il ressemble par son volume à un foie cirrhoté, il en diffère par l'aspect qu'offre sa coupe, son tissu est d'un rouge brun uniforme; les granulations sont comme aplaties, comprimées, et les aréoles cellulaires qui les entourent sont très apparentes.

M. Barth a observé un foie semblable à celui-ci, lorsqu'il était chef de clinique dans le service de M. Chomel, chez un malade qui offrait tous les signes de la cirrhose; le foie était même plus petit que celui présenté par M. Courtin. C'est là de l'atrophie tout simplement.

8. M. Notta présente deux cancers de l'estomac provenant du service de M. Valleix à l'Annexe.

L'un a été pris sur un homme de 63 ans, chez lequel tous les symptômes paraissaient concorder pour faire diagnostiquer un cancer de la grande courbure; il y avait sous l'épigastre, à gauche, une tumeur qui répondait à la partie postérieure du

muscle droit; pas de vomissements, quelques nausées seulement, depuis le début de la maladie qui datait du mois d'août dernier, pas de constipation; diarrhée à la fin. A l'autopsie, on trouve le foie hypertrophié, au point de refouler l'estomac à gauche. La vésicule biliaire, également très développée, déborde le foie en avant et en arrière. Le cancer siège bien à l'estomac, mais il occupe tout le pourtour du pyllore; c'est un cancer encéphaloïde ulcéré. — M. Barth signale cette ulcération, qui explique comment il n'y a pas eu d'obstacles au cours des matières, et pas de vomissements.

L'autre a été pris sur un homme de 61 ans arrivé très amaigri, vomissant les aliments, 5, 6, 8 ou 10 heures après leur injection. Il n'y pas eu d'hématémèse. Dans les derniers temps le malade a toussé, et on a trouvé aux sommets des poumons des signes de tubercules. A l'autopsie on trouve tout le pyllore envahi par un tissu dur, criant sous le scalpel, vraiment squirrheux doublé par le tissu musculaire hypertrophié. L'ouverture pylorique, qui est rétrécie, permet à peine l'indroduction d'une plume d'oie. Les poumons sont criblés de tubercules.

Quant à la nature de la lésion de l'estomac chez cet homme, M. Barth n'est pas sûr qu'il faille la rapporter plutôt à un cancer qu'à une inflammation chronique. Il faudrait voir l'état des ganglions environnants. Cependant en examinant avec soin la tumeur, on y trouve des bosselures, et d'un petit ganglion voisin, on fait sortir par la pression un suc lactescent qui semblerait bien indiquer l'existence d'une tumeur cancéreuse.

9. M. Gros fait voir un petit filet qui, du nerf nasal de l'ophthalmique, se porte au nerf optique avec lequel il s'anastomose auprès et en avant du trou optique.

10. M. de Beauvais montre le larynx d'un homme de 20 ans, mort dans le service de M. Jalioux au 13^e jour d'une variole confluyente; il n'avait pas été vacciné. Il y avait quelques ecchymoses à la surface de la cuisse. Le malade est mort au milieu de phénomènes d'asphyxie. Il n'y avait pas eu d'aphonie. A l'autopsie, on trouve une exsudation muco-purulente dans la

bouche, le larynx et la trachée; toutes ces surfaces, surtout celle du larynx, sont le siège d'une injection portée jusqu'au point de produire l'ecchymose.

11. *M. Lepelletier* montre une fracture du crâne et une hémorragie entre les os et la dure-mère. Cette pièce provient d'un homme mort dans le service de *M. Roux*, à l'hôtel-Dieu. Etant descendu dans une cave le 7 février, il y est resté fort long-temps; on alla le chercher; et on le trouva étendu par terre au bas de l'escalier. Pendant deux jours il a été gardé chez lui, et a reçu des soins insuffisants sur lesquels on n'a pas de renseignements. Le 9 février, lorsqu'on l'a porté à l'hôpital, il ne répondait à aucune question, ne parlait pas, et était dans un état d'agitation extrême qui nécessita l'application de la camisole; le pouls était très fort; il n'y avait paralysie ni du sentiment, ni du mouvement, puisque le malade s'agitait de tout son corps; on remarquait une forte ecchymose à la fosse temporale gauche. Des antiplilogistiques ont produit de l'amélioration. Deux jours après l'entrée du malade, l'agitation a cessé, et l'on a vu survenir une hémiplegie à droite; puis le malade est mort dans un état de coma. A l'autopsie, on trouve une vaste ecchymose dans la fosse temporale gauche et la partie postérieure du crâne. Une fracture très longue, presque linéaire, mais très coudée, commence près du bord postérieur du pariétal, traverse l'occipital dont elle sépare l'angle supérieur, arrive sur le pariétal gauche, qu'elle divise en deux moitiés, et enfin coupe les portions écailleuse et mastoïdienne du temporal, pour se terminer dans le trou déchiré postérieur gauche. Un épanchement sanguin considérable existe sous cette fracture et tout autour, entre les os et la dure-mère; le sang est en partie coagulé, et plusieurs caillots adhèrent intimement à la substance osseuse qui a pris une teinte rouge noirâtre très foncée. On trouve des traces de contusion dans les lobes antérieurs du cerveau, vis-à-vis la fosse temporale gauche; la substance cérébrale est réduite en une matière jaune et rougeâtre.

M. Barth, à propos de ce fait, qui explique très bien la para-

lysée droite par la lésion du côté gauche du cerveau, fait remarquer que souvent dans les autopsies on prend le côté droit pour le côté gauche, parceque, quand on examine un cadavre, on est placé d'une manière inverse, on a à sa droite la gauche du cadavre. Pour éviter cette erreur, à laquelle on se laisse aller plus aisément qu'on ne croit, M. Barth avait habitude de noter si la partie qu'on observait était du côté du foie ou du côté de la rate.

12. M. Bonnet rend compte à la Société d'une autopsie à laquelle il a pris part dernièrement à Valence, (Drôme). Un homme de 60 ans environ, d'un tempérament bilioso-sanguin, fortement constitué, avait éprouvé dans ces dernières années deux ou trois attaques légères de colique hépatique. Sauf quelques rares écarts, son régime était convenable : mais le désir de soulager ses douleurs de foie le faisait recourir fréquemment, de son chef, à l'emploi de doses de la teinture alcoolique purgative, connue sous le nom d'*Anti glaireux*. Dans la dernière attaque, selles bilienses abondantes, vomissements de même nature, douleur abdominale vive, face grippée, concentration et petitesse du pouls, prostration, et mort après deux jours et demi de souffrances. Voici les altérations notées à l'ouverture du corps. Injection fine du péritoine viscéral, plus manifeste à la surface des intestins; exsudation poisseuse à la surface de ces derniers. Très légère quantité de sérosité trouble dans l'abdomen. Distension énorme des intestins par des gaz et des matières bilienses liquides. Injection par plaques de la tunique muqueuse de l'estomac et des intestins. Foie volumineux, laissant suinter, quand on l'incise, de la bile mêlée au sang. Vésicule biliaire plus petite d'un tiers environ qu'à l'état normal, à parois épaisses et dures, toute pleine de petits calculs d'un vert-noirâtre et friables : deux ou trois calculs semblables, et des plus petits, ont été trouvés dans le jéjunum. Le tissu cellulograisieux, (très abondant chez ce sujet,) compris entre les deux lames du mésentère, surtout dans la partie correspondante aux portions supérieures de l'intestin, était d'un rouge lie-de-vin,

très friable sous le doigt; et dans quelques endroits, on remarquait de petits grumeaux de sang épanché. — M. Bonnet voit dans cette altération peu commune un ramollissement inflammatoire du mésentère, consécutif à l'inflammation intestinale entretenue par l'abus des purgatifs irritants.

M. Barth partage cette opinion, et fait remarquer que l'extension d'une phlegmasie de l'intestin au mésentère est un fait possible et bien indiqué, mais dont on rencontre rarement des exemples.

M. Bonnet ajoute que le même sujet avait en avant du pubis, une induration ostéo-cartilagineuse de la membrane fibreuse du corps caverneux, principalement du gauche; et que, faute d'avoir reconnu pendant la vie, la nature de cette induration, on avait tenté d'en obtenir la résolution au moyen de quelques préparations mercurielles.

13. M. Gosselin présente un exemple d'oblitération du canal déférent avec interruption de ce conduit dans une étendue de 10 à 12 centim. On voit d'abord, sur le testicule droit, une dilatation considérable du canal de l'épididyme, distendu par une matière qui le colore en jaune. A une courte distance (0,^m03 ou 0,^m04) de la queue de l'épididyme, le canal déférent s'interrompt brusquement, et se réduit en ce point à un petit cordon fibreux dont le volume n'atteint pas le tiers du volume normal. Cette extrémité se bifurque, ou paraît se bifurquer, en deux portions, dont une accompagne le corps de l'épididyme. M. Gosselin n'a d'ailleurs remarqué aucune anomalie dans les vaisseaux et dans les autres éléments du cordon spermatique. Il a été impossible de retrouver aucune trace du canal déférent dans le trajet du canal inguinal. M. Gosselin a recherché alors l'autre portion de ce conduit en le disséquant à partir de la vésicule séminale correspondante. Il a trouvé celle-ci beaucoup plus grosse que la vésicule gauche: le canal déférent en sort sous son volume normal, et remonte sur la paroi latérale de la vessie. Mais, arrivé à 5 ou 6 centim. de l'orifice supérieur du canal inguinal, il s'interrompt et se change en un cordon fibreux d'un

très petit volume. L'injection d'eau, d'un liquide plus ténu, l'essence de térébenthine, n'a pu pénétrer dans la portion du canal déférent continu avec la vésicule : cette injection, poussée dans le canal éjaculateur, ressortait facilement par l'urèthre. Il n'y avait point d'oblitération des vaisseaux spermatiques, pas de cicatrice au scrotum ni de cicatrice d'une taille périnéale ; aucun embarras dans l'urèthre, enfin nulle lésion à laquelle on pût rapporter l'état du canal déférent. Cette oblitération paraît donc à M. Gosselin avoir été spontanée, et être survenue après la puberté, en raison du développement complet du testicule et de la vésicule séminale de ce côté.

M. Ripault, de Dijon, membre correspondant, se demande si le testicule droit est vraiment sain comme il le paraît, et si, au lieu d'une atrophie complète, on n'aurait pas affaire ici simplement à un rétrécissement extrême du canal déférent. La bifurcation de ce canal lui paraît un fait moins rare qu'à M. Gosselin, et selon lui, de Graaf en aurait cité de nombreux exemples. Quant à la cause de l'oblitération et de l'atrophie, il faut peut-être la chercher dans une compression des vaisseaux ou dans tout autre action analogue pendant la vie.

Pourquoi, dit M. Barth, la vésicule séminale correspondante au canal oblitéré est-elle bien développée? Il est aisé de le concevoir lorsqu'on songe que cette vésicule, comme la vésicule biliaire, renferme deux ordres de liquides, celui qui provient du testicule et celui qui provient des parois même de la vésicule. Si le premier manque, le second persiste, comme on le voit souvent dans une vésicule biliaire dont le col est oblitéré, de manière à ce que la cavité soit remplie d'une espèce de sérosité, au lieu de bile qui ne peut plus y arriver ; la vésicule n'en reste pas moins bien développée. Quant à l'état du testicule, si son tissu n'est pas altéré, ce qu'il faudrait vérifier, cela prouverait que l'oblitération du canal n'est pas trop ancienne, car d'habitude une glande s'altère lorsque son canal excréteur est oblitéré.

M. Giraldès trouve qu'il ressort de cette pièce un renseigne-

ment assez curieux. Jusqu'ici on a dit qu'une glande s'oblitérait à la suite de la disparition de son canal excréteur. Or, dans ce cas, cela n'a pas eu lieu. M. Giralès n'en sait pas la raison; il croit qu'elle serait difficile à donner. Toujours est-il que dans ce cas le testicule a continué à fonctionner, à remplir de son produit le canal de l'épididyme qui s'est dilaté, de même qu'il y a probablement dilatation des autres canaux constituant du testicule. — Du reste, il n'est pas possible d'admettre qu'une disparition aussi complète du canal déférent soit récente.

M. Gosselin est porté à admettre, comme M. Barth, que l'oblitération n'est pas trop ancienne. Si elle datait de deux ou trois ans, il semble que le testicule devrait être atrophie.

M. Gosselin reconnaît que ce fait pose un problème que l'examen anatomique ne suffit pas à résoudre. Il ne se rend pas complètement raison de la distension de la vésicule séminale droite. Le liquide qui la remplissait, ajoute-t-il, était verdâtre, et ne contenait ni zoospermes, ni ces corpuscules particuliers qui se rencontrent dans le sperme à l'état normal. Ces éléments se trouvaient, au contraire, dans la vésicule gauche. Les renseignements manquent sur la vie du sujet, qui a été apporté dans les pavillons pour les dissections; mais M. Gosselin s'est assuré sur le cadavre qu'il n'avait jamais eu de hernie.

Selon M. Barth, l'anatomie pathologique prouve que tout conduit oblitéré, ou ne servant plus au passage d'un liquide, tend à s'atrophier et même à disparaître par absorption.

14. M. Houel fait voir un exemple d'abcès placé dans l'intérieur de l'os maxillaire inférieur d'un homme de 45 ans environ, dont le corps servait aux dissections dans les pavillons de l'école pratique. L'os maxillaire, à sa partie antérieure, est beaucoup plus épais que d'habitude, dans le sens antéro-postérieur, et du côté gauche, à peu de distance de la ligne médiane; la lame osseuse, soulevée et amincie, forme une tumeur saillante d'un centimètre environ. Sur cette tumeur, à l'état frais, l'os était un peu érodé dans un seul point; là le périoste commençait à se décoller; tout autour, il n'y avait aucune autre altéra-

tion. La mâchoire étant sciée vers sa partie médiane, d'avant en arrière, on trouve dans son intérieur une vaste cavité que remplissait du pus, commençant à droite au niveau de la racine de la canine qui est cariée et plonge dans la cavité. De là, la cavité s'étend en avant, traverse la cloison symphysaire, dont il ne reste plus de traces, et s'étend beaucoup plus loin à gauche que du côté droit. La lame compacte de la paroi postérieure de l'os, avec les racines des dents, dont aucune n'est à découvert, à part celle de la canine droite, est intacte, à peine un peu rejetée en arrière. C'est surtout aux dépens de la lame compacte antérieure, intacte aussi, mais amincie surtout au niveau de la tumeur, que l'abcès s'était formé.

15. *M. Ripault* montre le dessin des organes génitaux d'un hypospade âgé de deux jours. Chez ce sujet, l'arrêt de développement présente cette circonstance remarquable, que le raphé médian, unique au devant de l'anus et au périnée, se bifurque en deux lignes distinctes, à partir de la racine de la verge.

16. *M. Ripault* communique un relevé statistique sur le volume relatif des deux seins, droit et gauche. Ayant lu dans le livre de *M. Carpentier-Méricourt* que l'on admettait sans difficulté la prédominance de volume du sein gauche sur le droit, il a voulu vérifier l'assertion, et voici le résultat de ses recherches. Sur 110 sujets, 39 avaient le sein gauche plus gros que le droit; 47, au contraire, avaient le sein droit plus volumineux que le gauche; enfin, 24 sujets avaient les deux seins égaux.

17. *M. Depaul* présente une pièce provenant d'une femme de 28 ans, habituellement bien réglée, qui fit, il y a deux ans, une fausse couche sans cause appréciable. Rétablissement, retour régulier des menstrues jusqu'au 28 septembre dernier. Pour des raisons à elle connues, cette femme croit être devenue enceinte le 22 octobre : ce qui donne quatre mois de gestation au 22 février 1847. Le 27 février, perte de sang et douleurs très-légères. *M. Depaul* trouve le col de l'utérus entr'ouvert, mais ne peut atteindre l'œuf avec le doigt. Les douleurs augmentent, ainsi que l'écoulement de sang : la dilatation du col

devient plus grande. Le 1^{er} mars, à 4 heures du matin, expulsion du fœtus, et quelques instants après, du délivre. Le fœtus est flasque, ramolli, et la diffuence de la matière cérébrale prouve qu'il est mort depuis 15 jours environ. A côté et très-près du bord du placenta, on voit un caillot hémorrhagique paraissant situé entre les deux feuillets de la membrane caduque: la coloration et la consistance de ce caillot ne permettent pas de le croire plus ancien que le commencement de la fausse couche.

Ici, la membrane caduque ne paraît pas être une exfoliation de la muqueuse utérine; on voit très-bien, selon M. Depaul, la continuité entre le feuillet utérin et le feuillet réfléchi qui tapisse la surface extérieure du chorion. M. Depaul pense donc que cette pièce suffit à prouver :

1^o Un défaut complet de ressemblance entre le lambeau utérin de la membrane caduque et la muqueuse utérine ;

2^o La continuité du feuillet utérin avec le feuillet réfléchi, sauf une incurvation au point de réflexion.

M. Deville repousse ces conclusions, et surtout la dernière. Il se fonde sur un principe d'anatomie d'après lequel, en tenant en sens inverse les deux portions continues d'une membrane réfléchie, on ne doit obtenir qu'un sinus courbe au lieu de la réflexion, et non pas un angle plan comme dans la pièce présentée. Il attribue à des colonnes pseudo-membraneuses l'apparence de continuité des deux feuillets. Du reste, il trouve satisfaisante la théorie de la caduque attaquée par M. Depaul, et rapporte à l'appui les observations de M. Coste.

18. M. Depaul montre un œuf humain expulsé récemment à la suite d'émotions morales vives. La perte de sang était peu considérable, mais il n'en a pas moins fallu l'arrêter à l'aide de l'ergot de seigle. Sur cette pièce, M. Depaul fait voir la caduque utérine dans son intégrité, moins un petit lambeau. La surface utérine est tomenteuse, inégale, et paraît adhérente à la circonférence du placenta. Le feuillet fœtal est lisse et poli; il est adhérent et superposé à une petite masse irrégulièrement ovoïde, que M. Depaul annonce comme étant le fœtus enve-

loppé de ses deux autres membranes, le chorion et l'amnios. La continuité des deux feuillets, utérin et réfléchi de la membrane caduque, sur les bords du placenta, paraît évidente d'après cette pièce.

En ouvrant la poche interne, qui contenait un liquide rougeâtre, on n'y a trouvé aucun débris de fœtus, ni, à la surface interne, aucune saillie qui pût être considérée comme un vestige du cordon ombilical. On n'a pas retrouvé d'amnios, ce que la destruction de l'embryon explique suffisamment. Deux membranes seulement forment les parois de cette cavité. L'une, l'interne, présente une surface lisse du côté de la cavité; sa surface externe, au contraire, donne naissance à des villosités qui s'enfoncent dans l'épaisseur de la membrane externe. A ces caractères, M. Depaul reconnaît le chorion dans cette première membrane. La seconde, l'externe, très épaisse (de 0^m, 003 à 0^m, 004), très friable, jaunâtre, inégale à sa surface en rapport avec les villosités de la membrane interne, paraît à M. Depaul ne pouvoir être que le feuillet réfléchi de la membrane caduque. La surface externe de cette seconde membrane est lisse, polie, et se continue évidemment à la circonférence du placenta, avec la portion de membrane donnée précédemment par M. Depaul comme le feuillet utérin de la membrane caduque; de telle façon, que la surface lisse continue de ces deux feuillets représente la surface interne de la grande cavité où faisait saillie, sans y être contenue, la petite poche embryonnaire.

Pour M. Deville, la poche donnée par M. Depaul comme uniquement composée de membranes, ne paraît être que des débris informes de fœtus, sans formation d'aucun organe spécial. La continuité des deux feuillets membraneux à la circonférence du placenta lui paraît très-belle sur cette pièce.

Pour M. Depaul, la caduque serait, comme le pense aussi M. Moreau, une cavité close de toutes parts, refoulée par l'œuf quand ce dernier pénètre dans l'utérus, et acquérant par ce mécanisme, un feuillet réfléchi et un feuillet utérin, à la manière

des enveloppes séreuses des viscères. Pour M. Deville, au contraire, la caduque se compose toujours de deux feuillets, mais un seul résulte d'une nouvelle formation : c'est le feuillet fœtal qui tapisse la surface externe du chorion et s'arrête au pourtour du placenta. Quant au prétendu feuillet utérin, ce n'est autre chose que la membrane muqueuse de l'utérus elle-même, exfoliée : on y retrouve, en effet, les mêmes éléments, et notamment les follicules spiroïdes avec deux ouvertures. De plus, les vaisseaux de cette membrane se confondent avec ceux de la muqueuse utérine, et la membrane elle-même se continue avec la muqueuse des trompes. M. Depaul a présenté deux pièces destinées à confirmer sa manière de voir. Mais, sur la première, M. Deville n'a pu accepter et rejette encore la continuité des deux feuillets à la circonférence du placenta. La seconde est un œuf imparfait, et pour cette seule raison, pourrait ne pas être admise comme pièce probante. M. Depaul nous y montre deux membranes externes venant se confondre sur les bords du placenta, et interceptant entre elles une cavité à parois lisses. La plus interne de ces deux membranes, le feuillet fœtal pour M. Depaul, revêt une poche saillante dans la grande cavité dont elle représente à peine le tiers : cette poche ne serait formée que du chorion, et il y aurait eu destruction de l'embryon et de l'amnios. Mais M. Deville interprète différemment cette pièce : pour lui, la petite poche continue avec le placenta et sa cavité, sont constituées par l'embryon non organisé ; la plus externe des membranes lui paraît être le chorion tapissé du feuillet fœtal de formation nouvelle, tandis qu'il y aurait absence de la caduque proprement dite.

M. Depaul répond d'abord à la simple affirmation, de la dégénérescence de l'embryon du second œuf. Si M. Deville accepte le premier œuf comme sain, il doit accepter également le deuxième. En effet, sur la première pièce, le fœtus était mort 15 jours ou trois semaines avant l'avortement qui a eu lieu à trois mois ; or, à cette époque, l'embryon est déjà trop développé pour qu'il puisse disparaître par la macération dans l'eau de l'amnios.

Le second œuf était moins avancé, néanmoins, il était complet, moins l'embryon et l'amnios : eh bien! ne conçoit-on pas que la macération puisse faire disparaître un embryon qui n'est encore qu'à l'état muqueux? D'ailleurs, un œuf dégénéré ne conserve pas ses éléments distincts : les membranes se confondent ou disparaissent. Quant à l'aspect des membranes, M. Depaul montre comme une caduque ce que tous les anatomistes s'accorderaient à nommer de nom. C'est, sur les deux pièces, une membrane épaisse, inégale, percée d'ouvertures vasculaires à la face correspondante à la matrice, lisse à l'autre face, et se confondant au pourtour du placenta avec le feuillet de même aspect qui revêt la poche embryonnaire. Cette continuité n'a pu être niée sur la seconde pièce par M. Deville : aussi, pour échapper à la conclusion, est-il obligé de déclarer cet œuf altéré. Les raisons anatomiques opposées par M. Deville à la continuité des deux feuillets sur la première pièce ne semblent pas suffisantes à M. Depaul : l'incision des membranes sur le point de réflexion lui paraît, au contraire, démontrer la continuité de tissu entre elles. Dans le second œuf, la membrane épaisse et la plus externe, ne serait, pour M. Deville, autre chose que le chorion. Mais pourtant, on n'y retrouve pas les altérations, et particulièrement ce boursoufflement des villosités que présente le chorion sur les œufs dégénérés. Cette membrane est bien plutôt semblable aux caduques, qui sont épaisses, lisses sur une face, et percées de petits trous analogues à ceux de la moelle de jonc.

La poche interne, malgré l'assertion de M. Deville, représente au moins les trois-quarts de la grande cavité. Selon M. Deville, la caduque se confond avec la muqueuse utérine, et, entre autres éléments de cette dernière, on retrouve dans la caduque les utricules décrites par Weber. Cette dernière circonstance ne peut rien prouver contre la première pièce; et ce renseignement microscopique paraît trop incertain à M. Depaul pour qu'il l'accepte comme moyen définitif de juger la question soulevée par la deuxième.

M. Depaul ajoute encore que la membrane caduque a été

trouvée superposée à la muqueuse utérine intacte, et formant un bouchon dans la cavité du col utérin. Si M. Deville était son opinion des pièces déposées par M. Coste au collège de France, M. Depaul, de son côté, apporte à la société des pièces propres à confirmer sa manière de voir. Ensuite, comme l'a dit M. Barth, ne serait-il pas extraordinaire que la membrane muqueuse utérine fût la seule de l'économie qui présentât l'exemple d'une exfoliation et d'une reproduction successive, répétées jusqu'à dix et quinze fois, car il y a des femmes qui ont eu ce nombre d'enfants? ce fait n'est-il pas de tout point opposé à la loi en vertu de laquelle une fausse membrane s'organise autour de tout corps étranger? — En conséquence, M. Depaul persiste à considérer, d'après Hunter, la membrane caduque comme une membrane adventice, formée de deux feuillets après qu'elle a été refoulée par l'œuf arrivant dans l'utérus : il soutient en outre que la dernière pièce qu'il a présentée n'est point un œuf dégénéré.

19. M. *Notta* montre un testicule tuberculeux, provenant d'un homme de 36 à 40 ans. Le scrotum du sujet était sain, ainsi que le cordon du côté de la glande dégénérée. De ce côté, il y avait adhérence entre les deux feuillets de la tunique vaginale. Tout l'épididyme était transformé en matière tuberculeuse crue et homogène, tandis que le reste de la glande était parsemée d'un nombre considérable de granulations tuberculeuses d'un gris jaunâtre.

20. M. *Bonnet* montre une division complète de la voûte et du voile du palais, sans bec-de-lièvre et sans division des os maxillaires supérieurs, et avec absence complète des os palatins : la pièce provient d'un enfant âgé de quelques jours.

21. M. *Leudet*, présente deux pièces anatomiques.

La première est une collection de calculs recueillis dans la vésicule biliaire d'un homme qui a succombé avec une ascite, et chez lequel le foie présentait une altération analogue à la cirrhose. Ces calculs, d'un assez petit volume, sont d'un noir verdâtre, rameux, et mamelonnés à la surface de leurs branches. Il n'y

avait point de calculs semblables, ni autres, dans les canaux biliaires.

M. *Macquet*, désirant se rendre compte de la production de l'ascite, s'informe s'il y avait une compression exercée sur la veine-porte. M. *Leudet* répond que les calculs ne pouvaient produire cet effet. M. *Macquet* demande ensuite si l'altération du foie était bien véritablement de la cirrhose. M. *Leudet* indique la persistance d'une certaine quantité de granulations rouges au milieu de la matière jaune. Quant à l'ascite, il en trouve une raison satisfaisante dans une double lésion du cœur non encore mentionnée : — insuffisance des valvules aortiques, et rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Il y avait du reste aussi de l'anasarque. Les reins n'étaient point altérés.

22. La seconde pièce provient d'une femme qui, après un accouchement heureux, fut prise des symptômes de la phthisie, à laquelle elle a succombé.

À l'autopsie, outre un épanchement séreux considérable dans le péritoine, et quelques fausses membranes à la surface postérieure de la matrice, on a remarqué le volume extraordinaire des trompes. La droite présente trois renflements, dont le plus considérable constitue une poche de la capacité d'un petit œuf de pigeon, à parois rugueuses, et remplie d'une matière crémeuse d'un blanc jaunâtre, ayant tout l'aspect du tubercule ramolli. Une poche semblable existe sur la trompe gauche. Il y avait un petit kyste séreux sur l'un des ovaires.

M. *Barth*, bien que porté, comme le présentateur et la plupart des membres, à reconnaître la nature tuberculeuse de cette lésion, fait néanmoins remarquer combien elle ressemble à certains dépôts de pus concret, et de quelle utilité peut être ici la constatation des caractères microscopiques différentiels.

23. M. *Giraldès* a extirpé, sur un homme âgé de 20 et quelques années, un kyste au cou situé au milieu de la distance du cartilage thyroïde à la fourchette du sternum, et dont le malade ne se rappelle pas la première apparition.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, mobile sous la peau, fluctuante, aurait pu être prise, en raison de son siège, pour une affection du corps thyroïde, si un examen attentif n'eût montré qu'elle ne suivait point le mouvement d'ascension du larynx dans la déglutition. Une ponction exploratrice donna issue à du pus crémeux, mêlé de quelques poils blancs, et dans lequel le microscope fit reconnaître des globules graisseux.

Après une injection de teinture d'iode non suivie de succès, M. Giralès a extirpé la tumeur qu'il met sous les yeux de la Société. La cavité du kyste contient encore une petite quantité du liquide crémeux indiqué ; la surface interne, d'un blanc nacré, est lisse, sauf quelques mamelons réunis au lieu d'implantation des poils. Deux de ces derniers, blancs, et beaucoup plus longs que les autres, sont implantés sur la partie la plus profonde de la tumeur. M. Giralès considère comme cause probable du développement de cette tumeur l'hypertrophie d'un follicule pileux dans lequel se serait accumulée de la matière sébacée.

M. Barth fait sentir la nécessité de préciser l'époque d'apparition d'une pareille tumeur. Si elle était congéniale, la graisse et les cheveux qu'elle contient pourraient la faire considérer comme le produit d'une grossesse par inclusion. Cette opinion acquerrait un degré plus haut de probabilité, si, avec la graisse et les cheveux, on découvrirait dans le kyste des écailles épidermiques. Il ne considère pas, au contraire, comme probable, le développement excessif d'un follicule sébacé, avec une sorte de trichiasis, ou renversement des poils vers le fond. D'ailleurs, les kystes folliculeux sont rares dans l'enfance, et néanmoins un temps fort long eût été nécessaire pour permettre le développement d'une tumeur de ce volume. C'est pourquoi M. Barth répète que l'origine congéniale constatée de la tumeur, jugerait la question en faveur d'une grossesse par inclusion.

M. Cruveilhier partage l'opinion de M. Barth, et rappelle, à ce sujet, la composition graduée, pour ainsi dire, des kystes pileux de l'ovaire. Dans les plus complexes, on trouve à la fois des os, des dents, des poils et de la matière grasse ; les os, les

deux, manquent dans les degrés inférieurs de complexité, et les kystes les plus élémentaires finissent par ne plus contenir que des poils seuls et la matière grasse nommée autrefois adipocire ou gras de cadavre, ou même des poils uniquement. L'analogie est frappante ici entre la tumeur présentée, et les kystes composés seulement de poils et de matière grasse. En outre, la surface interne de ce kyste du cou, dans les points d'implantation des poils, offre une ressemblance complète avec la peau des kystes de la surface de l'ovaire : ressemblance que M. Deville a également saisie dès l'abord.

M. Cruveilhier cite à ce sujet l'exemple d'un kyste qu'il a incisé autrefois, à Limoges, sur une jeune fille âgée de 8 à 10 ans. — Cette tumeur, placée sur l'aile du nez et s'étendant assez profondément, contenait de la matière grasse et des poils dont une partie adhérait à la surface interne du kyste : la guérison fut obtenue par inflammation de la cavité. M. Cruveilhier indique une autre tumeur de même nature, figurée dans son Anatomie pathologique : elle était située sous le pubis, et composée de couches de matière grasse imbriquées.

M. Giralès répond que la matière trouvée dans le kyste a tous les caractères physiques de la graisse non altérée ; les globules, dans le champ du microscope, présentaient tout-à-fait l'aspect des yeux du bouillon. Il n'a point rencontré de paillettes épidermiques. L'analyse chimique du liquide n'a pas encore été faite ; mais il juge d'avance qu'on en peut expliquer la fluidité par l'absence de l'élément solide de la graisse, de la margarine. L'hypothèse d'une grosseur par inclusion ne lui paraît pas admissible. La tumeur dont il s'agit présente au contraire la plus grande analogie avec les tumeurs des follicules sébacés du scrotum, dans lesquels il y a amas de matière. Il faut savoir aussi, que, dans les glandes altérées, on voit fréquemment les cellules épidermiques se transformer en cellules graisseuses. Ce qui l'engage à expliquer l'origine de cette tumeur par la distension et l'hypertrophie d'un follicule, c'est le grand nombre d'exemples de ce genre qu'il a rencontrés en étudiant la structure de la

peau. Du reste, il pense qu'on ne peut se fier au récit des malades, ordinairement vague ou inexact, pour fixer la date importante de la première apparition de ces tumeurs.

24. Chez une femme de 25 ans environ, accouchée depuis un mois, et morte, au 25^e jour d'une variole, d'une pleuro-pneumonie à gauche, M. Richard a trouvé, à la surface de la rate, plusieurs tumeurs très petites, à peine saillantes, mamelonnées comme une framboise, fort semblables à des végétations. Ces productions sont situées sous le péritoine : les plus grosses sont d'un rouge foncé, et les autres présentent des nuances dégradées jusqu'au rouge clair. Ces différences de coloration les rapprochent dans l'opinion de M. Richard des produits de nature fibrineuse.

25. M. Macquet montre des pièces provenant d'une femme de 33 ans, morte huit jours après la ligature d'une tumeur du col de l'utérus. La malade avait eu des hémorrhagies utérines abondantes ; le toucher rencontrait une tumeur molle, à surface inégale, que M. Blandin reconnut pour un *fungus cancéreux*. Une ligature fut portée sur le pédicule, ou plutôt sur le col, au point d'implantation de la tumeur, où l'on détermina une sorte de pédicule par la constriction et la traction en avant de la ligature. Une portion de la tumeur, détachée dans l'opération, était effectivement de nature cancéreuse. Il survint de la fièvre, des symptômes de péritonite, puis des frissons irréguliers, bientôt suivis de la mort. A l'autopsie, on a constaté la section complète de la tumeur par la ligature. On trouve de plus les lésions d'une métrô-péritonite purulente : des fausses membranes sur la surface convexe du foie, du pus crémeux dans le péritoine, une collection purulente située en arrière du col utérin, dans la cloison recto-vaginale, et remontant jusqu'au cul-de-sac péritonéal. M. Macquet a cru voir du pus dans les sinus utérins, mais il n'a pas trouvé de traces de phlébite dans les veines hypogastriques.

A côté de ce fait, M. Macquet en cite un autre qu'il a observé à l'hôpital Cochin, dans lequel il y avait une dilacération

du col, à la suite de l'accouchement, et un abcès dans l'épaisseur du ligament large. Il tire de ce rapprochement un argument en faveur de l'analogie parfaite, sinon de l'identité, des lésions de la prétendue fièvre puerpérale et de celles de ces métrites traumatiques : analogie que M. Macquet étend aux symptômes.

M. Colin fait observer qu'un caractère essentiel de la fièvre puerpérale, c'est la tendance à la prompte généralisation des lésions. Il en donne pour exemple des suppurations de lymphatiques qu'il a observées à la surface du poumon après 4 à 5 jours de maladie seulement. MM. Depaul, Caudmont et Lacanal se rangent à l'opinion de M. Colin.

Selon M. Barth, il ne faut pas faire abstraction de l'affection primitive de l'utérus dans la métrite puerpérale. Souvent on rencontre des inflammations, des suppurations des ovaires ou des trompes, etc. — Ici, M. Macquet montre sur sa pièce un abcès dans la trompe gauche. M. Barth ne trouvant pas sur la pièce les sinus développés et contenant du pus, comme l'avait cru voir M. Macquet, en conclut que l'inflammation a dû se propager seulement par contiguité.

26. M. Macquet montre une tumeur de la parotide, extirpée par M. Blandin, sur une femme de 60 ans. Il y a deux ans que cette tumeur a commencé à se développer : deux mois avant l'opération, elle avait le volume d'un noyau d'abricot ; mais elle a beaucoup augmenté dans les huit derniers jours. Elle occupait la face externe de la parotide, commençant au dessous du conduit auditif externe, et s'étendant jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur était lisse, molle, et pourtant résistante, avec un point moins résistant mais sans véritable fluctuation, à sa base. La malade n'avait ressenti que des picotements et de la gêne : la compression du conduit auditif rendait l'audition moins facile que du côté opposé. La tumeur, incisée après l'extirpation, a laissé suinter un liquide jaunâtre analogue à celui de l'encéphaloïde ; elle est composée de vaisseaux nombreux et d'une pulpe d'aspect encéphaloïde :

M. Macquet pense qu'elle a eu pour point de départ un ganglion lymphatique, sans qu'on en ait trouvé aucun autre enorgé dans les régions voisines. Aucun signe n'a pu faire soupçonner métastase cancéreuse dans les divers organes, et la malade ne fournit aucun renseignement qui puisse établir l'hérédité. Quant à la nature et au mode de développement de cette tumeur complexe, c'est, dit M. Macquet, « une tumeur vasculaire avec sécrétion de l'élément cancéreux. »

27. M. Broca montre une fausse articulation consécutive à une luxation sous-scapulaire de l'humérus, non réduite : la pièce provient d'un homme mort de phthisie pulmonaire dans le service de M. Chomel. Le ligament capsulaire est détruit dans sa partie externe : la portion interne est devenue adhérente au périoste de la partie la plus externe de la fosse sous-scapulaire, où s'est déposée une matière osseuse formant la nouvelle surface en rapport avec la tête de l'humérus. Le fond de cette cavité articulaire accidentelle présente l'aspect éburné; et M. Broca attribue cette particularité dans une ossification nouvelle, à la compression que cette surface subissait inévitablement. La tête de l'humérus est érodée, et présente un sillon profond dans la portion correspondante au rebord interne de la cavité glénoïde. À la partie inférieure de cette cavité, on trouve des inégalités mobiles, simulant une fracture par un certain degré de crépitation; à ces saillies, résultat d'une ossification nouvelle, adhère la portion externe du ligament capsulaire.

M. Pigné fait remarquer que, par une singulière coïncidence, toutes les pièces de luxations de l'épaule conservées dans le Musée Dupuytren, sont des exemples analogues. Ainsi, dans toutes, la tête de l'humérus est située entre l'omoplate et les côtes, appuyant sur le rebord antéro-interne de la cavité glénoïde; et, presque constamment on voit, comme dans le cas présent, une échancrure de la tête de l'humérus qui pénètre quelquefois jusqu'au centre de cette tête osseuse. Dans les luxations anciennes, la cavité glénoïde est ordinairement réduite à une dépression semi-lunaire. Dans les cas semblables, l'ossification acci-

dentelle peut avoir lieu non seulement dans les tissus fibreux, (comme on le voit sur la pièce de M. Broca), mais dans les muscles eux-mêmes, lorsque ceux-ci sont parties des tissus appelés à fournir une cavité articulaire nouvelle aux extrémités osseuses déplacées. Du reste, M. Pigné a vu avec M. Nélaton, que, selon qu'on portait le bras dans l'adduction ou dans l'abduction, dans la rotation en dedans ou en dehors, (derniers mouvements qui suffisent à produire un déplacement de 5 à 6 centimètres, soit dans l'aisselle, soit au dessus), on obtenait toutes les variétés de luxations décrites par les auteurs. La luxation était toujours sous-scapulaire, bien que la tête débordât plus ou moins en avant ou en arrière de la cavité glénoïde.

M. Deville fait remarquer que, malgré cette fréquence relativement plus grande de la luxation sous-scapulaire, on doit admettre néanmoins la variété de luxation sous-pectorale, dans laquelle la tête de l'humérus n'est pas en rapport avec la fosse sous-scapulaire. Il y en a des exemples bien constatés, entre autres, le fait présenté à la société par M. Leroy, alors interne à l'hôpital Cochin.

28. M. Broca présente ensuite un pied amputé chez un sujet de 20 ans, à la suite d'une affection des os et d'une suppuration datant de l'âge de 2 ans. Le membre entier était atrophié; le pied était plus court que celui du côté opposé : il y avait un renversement du pied en dehors, constituant le pied-bot valgus. Les muscles sont atrophiés, avec un développement extraordinaire du tissu adipeux interstitiel. La portion interne de l'aponévrose, sur laquelle le pied portait dans la marche, avait acquis l'épaisseur du fascia-lata. Plusieurs trajets fistuleux cicatrisés sont réduits à des cordons fibreux s'étendant des os à la peau : il existe du tissu lardacé en avant de l'articulation tibio-tarsienne. Les cartilages sont détruits dans cette jointure; il s'y est fait une ankylose assez avancée. Dans le col de l'astragale, on trouve un séquestre en voie d'élimination, dans une cavité tapissée par une fausse-membrane : dans la tête de l'astragale on voit aussi une cavité revêtue d'une membrane semblable, mais

sans séquestre, et ne contenant que de la matière purulente. L'altération du tissu osseux s'étend jusqu'à l'épaisseur du scaphoïde, lequel est ankylosé avec l'astragale. Entre le sommet de la malléole externe et la partie externe du calcanéum amenés en contact, par suite de la déformation du pied, il s'est formé une nouvelle articulation, avec un cartilage d'incrustation et une membrane synoviale. M. Broca se demande si le pied-bot est la cause de l'affection des os, ou si, au contraire, c'est cette dernière qui a amené le renversement du pied en dehors. En l'absence de souvenirs du malade sur sa conformation native, M. Broca penche vers la dernière opinion. En effet, on trouve ici les péroniers latéraux atrophiés, tandis que ce sont précisément ces muscles qui, dans la première hypothèse, auraient dû agir le plus efficacement pour le renversement du pied en dehors.

M. Bonnet pense que la présence d'une membrane à la surface de la cavité trouvée dans la tête de l'astragale suffit pour indiquer l'existence antérieure et l'élimination d'un séquestre.

M. Deville fait remarquer combien il serait important de rechercher l'épithélium à la surface interne de la membrane synoviale accidentelle, pour s'éclairer sur la similitude d'organisation des synoviales normales et des synoviales de nouvelle formation. A une question sur le mode de formation du cartilage accidentel, il répond qu'il n'y a point de ligne de démarcation ni de différence, entre le cartilage épiphysaire et le cartilage d'incrustation; qu'à l'époque de l'ossification complète, ce dernier ne garde son état de cartilage qu'en vertu de la compression qu'exercent l'une sur l'autre les surfaces articulaires, compression qui a pour effet d'arrêter le développement des vaisseaux. Aussi, dans les luxations anciennes, ne trouve-t-on de cartilages sur les surfaces articulaires accidentelles, qu'autant qu'elles sont soumises à une certaine compression, et que les surfaces osseuses en contact n'étaient pas complètement ossifiées lors du déplacement.

M. Broca demande alors si les cartilages sont vasculaires avant leur ossification. Pour lui, il n'a vu que des vacuoles

creusées dans leur épaisseur vers l'époque de l'ossification, et dès que ces vacuoles, se rapprochant de la surface arrivaient à communiquer avec les vaisseaux du périoste, l'ossification était commencée.

M. Deville répond avoir vu sur les injections de Baër, des vaisseaux formés dans les cartilages des membres avant leur ossification ; ce qui constitue une différence avec les cartilages du larynx. Mais, sur de jeunes enfants, M. Deville a vu des cartilages d'incrustation injectés non-seulement à leur surface, mais aussi dans leur épaisseur.

29. M. Caudmont présente plusieurs pierres extraites de la vessie d'une femme de 36 ans, qui dit avoir souffert depuis 13 ans de coliques néphrétiques, et qui, d'après les certificats qu'elle produit en arrivant à l'hôpital Necker dans le service de M. Civiale, aurait rendu depuis le commencement de sa maladie, dix-neuf-cent-trente-six calculs, d'un volume variant depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une amande. Chaque jour, à l'hôpital, cette femme présentait des calculs qu'elle disait avoir rendus : une de ces pierres, de couleur café au lait foncée, ressemblait tout-à-fait à un calcul urinaire. Le méat urinaire de cette femme présentait un bourrelet analogue à la procidence de la muqueuse rectale : on y introduisait facilement le doigt et la longueur de l'urèthre était diminuée. On introduisit dans la vessie une pince à deux branches, le lithoclaste ordinaire, et on le retira sans difficulté chargé d'un calcul à travers le canal. La vessie était peu sensible, malgré l'absence du liquide injecté qui n'avait pu être retenu : la séance très prolongée dura une demi-heure, et tous les calculs ayant été extraits sans douleur, on dit à la malade « *qu'elle était guérie, et qu'il fallait rester guérie.* » En effet, la supercherie soupçonnée fut établie quand on eut brisé le calcul dont la coloration avait donné le change. On y reconnut, comme dans les autres, le grain de la pierre à bâtir, dont cette femme grattait sans doute des fragments pour leur donner la forme des calculs, avant de se les introduire dans la vessie. M. Caudmont estime que cette femme a gardé dans

la vessie, depuis qu'elle a quitté son pays, tous les calculs extraits par l'opération : nouvelle preuve de l'insensibilité de ce réservoir chez ce sujet. D'après M. Caudmont, cette femme aurait d'abord véritablement souffert de coliques néphrétiques, et rendu de véritables calculs ; ensuite l'intérêt que sa position inspirait l'aurait engagée à la prolonger par supercherie.

30. M. Blot a recueilli, sur un homme d'environ 55 ans, 6 calculs arrondis, libres et mobiles dans la vessie, sans que le malade eût jamais ressenti de douleur, ni aucun autre symptôme qu'une certaine difficulté d'uriner. La vessie avait ses parois hypertrophiées, une capacité moyenne, plutôt petite que grande ; elle contenait un mucus abondant : il y avait aussi une hypertrophie de la prostate. Ce fait semble à M. Blot un exemple d'insensibilité de la vessie comparable au précédent. M. Caudmont fait remarquer à ce sujet, que les vessies capaces, à bas fond enfoncé, et dans lesquelles, par conséquent, les matières contenues pressent moins sur le col, sont aussi les moins exposées à la douleur.

Ce même calculeux, qui a succombé à une entérite chronique, avait été opéré d'une hydrocèle, il y a 4 ou 5 mois, par l'injection de teinture d'iode dans la tunique vaginale. A la dissection, M. Blot a trouvé le scrotum infiltré de sérosité ; les deux feuillets de la tunique vaginale lui ont paru intimement adhérents l'un à l'autre, et M. Velpeau, partageant cette manière de voir, a montré ce résultat à sa clinique. Sous les yeux de la Société, ce qui paraissait à M. Blot une adhérence intime des deux feuillets de la tunique vaginale, a été reconnu pour un épaissement fibrineux accidentel à la surface externe de cette séreuse. La cavité vaginale était en partie conservée, et contenait un liquide sanguinolent, analogue à celui de l'hématocèle vaginale ; le feuillet pariétal de la séreuse n'adhérait qu'en quelques points au feuillet viscéral. Le testicule était atrophié et ridé à sa surface.

31. M. Bernard présente une ulcération de l'œsophage et une tumeur du cou trouvées chez un homme de 60 et quelques an-

nées, mort à l'hôpital St Antoine, dans le service de M. Grisolle. Cet homme avait éprouvé quelque temps auparavant en mangeant une gêne de la déglutition suivie de régurgitations : la déglutition des liquides était devenue difficile, celle des solides impossible. Il y avait de la douleur à la partie inférieure du cou, et au milieu de la poitrine. Le cathéter rencontrait un obstacle dans le haut de l'œsophage, mais la déglutition devenait plus facile aussitôt après le cathétérisme. La fièvre et les accidents mortels survinrent après l'introduction de cathéters successivement plus gros. Voici les résultats de l'autopsie : Ulcérations tuberculeuses en voie de réparations au sommet des poumons ; indurations calcaires des valvules du cœur et du tronc brachio-céphalique. A la partie moyenne de l'œsophage, on trouve une large ulcération présentant tous les caractères de l'ulcère carcinomateux, et dans laquelle on a d'ailleurs constaté, à l'aide du microscope, les cellules à noyaux du cancer, (M. Follin.) Cette ulcération repose sur la membrane musculieuse, envahie en quelques points, mais non perforée. Aux environs de la tumeur, il y a sous la muqueuse, quelques petites tumeurs blanchâtres aux quelles elle n'adhère pas. En haut, dans l'œsophage, et dans la trachée au même niveau, se voit une saillie d'environ 0^m,01, prolongement d'une grosse tumeur située entre l'œsophage en arrière et à gauche, la trachée en avant et à gauche, et le tronc brachio-céphalique en avant et à droite. Les cordes vocales étaient très indurées. Il faut noter que pendant la vie on observait une saillie anormale de la partie droite du col, et que la voix était très voilée. Cette tumeur, qui paraît formée de ganglions dégénérés, consistait en une matière semblable au tubercule, et dans laquelle on a trouvé des globules tuberculeux et purulents mélangés. (M. Follin.)

M. Cruveilhier pense que cette tumeur pourrait bien être formée de tissu cancéreux dans lequel une inflammation se serait développée.

M. Lunier en citant le fait d'un tuberculeux atteint de rétrécissement de l'œsophage, chez lequel le cathétérisme facilité

soudainement la déglutition, se demande si, dans ce cas, le rétrécissement de l'œsophage et la raucité de la voix n'auraient pas pour cause commune, une tumeur formée par les ganglions situés à la bifurcation de la trachée.

Selon M. *Pigné*, qui rappelle une observation semblable de Gaubric, il se pourrait que l'aphonie et la gêne de la respiration fussent dues à la compression des nerfs pneumo-gastriques, d'où la nécessité d'examiner ces nerfs. Sanson avait remarqué qu'après avoir passé un séton à travers les goîtres séreux, on observait souvent une gêne de la respiration, une raucité de la voix, une aphonie presque complète, qu'on ne pouvait expliquer ni par le grossissement de la tumeur, ni par un rétrécissement des voies aériennes, et qui, peut-être, seraient dues à une irritation ou à une compression des nerfs.

32. M. *Pigné* rapporte à la Société, de la part de M. *Gosselin*, que ce dernier a trouvé sur la tunique vaginale de plusieurs varioleux morts soit avant soit après la période de dessication des pustules dont quelques-unes sont ombiliquées et du volume d'une petite lentille.

33. M. *Blain des Cormiers* présente un tubercule de la moelle épinière recueilli sur un homme qui avait été pris de variole au mois d'octobre dernier, puis de paraplégie 15 jours avant sa mort. La tumeur, du volume d'une petite noisette, située à 4 travers de doigt au-dessus de la queue de cheval, paraît adhérer à la méninge spinale par un pédicule celluleux.

Auscultation des poumons à l'état normal.

Par M. MAILLOT. (Décembre 1846.)

§ 1. Lorsqu'on applique l'oreille sur la poitrine d'un individu dont tous les organes sont à l'état physiologique le plus parfait, et dont les parois thoraciques se soulèvent et s'abaissent alternativement, sans gêne comme sans effort, c'est à dire tout naturellement, « on entend pendant l'inspiration, un murmure léger, mais extrêmement distinct, « qui indique la pénétration de l'air dans le tissu pulmonaire, et son expulsion » (1).

§ 2. Le murmure respiratoire se compose donc de deux bruits que l'auteur de l'*Auscultation médiate* avait parfaitement saisis (2), et qu'il a comparés au murmure d'un soufflet dont la soupape ne ferait aucun bruit, ou mieux encore à celui que fait entendre, à l'oreille nue, un homme qui, pendant un sommeil profond mais paisible, fait de temps en temps une grande inspiration.

§ 3. « Doux et moelleux à l'oreille, ce murmure est « beaucoup plus fort et plus prolongé quand la poitrine se dilate, plus faible et plus court quand elle se resserre... ce qui constitue les deux bruits dont nous avons parlé : « celui de l'inspiration et celui de l'expiration, tous « deux continus, non saccadés. » (Barth et Roger, p. 30).

§ 4. Hâtons nous de dire cependant, contrairement à l'opinion trop exclusive de M. Fournet (3) que « dans l'état

(1) LAENNEC, *Traité de l'auscult. médiate et des maladies des poumons et du cœur*, 4^e édit., Paris, 1837, t. 1^{er} p. 60.

(2) M. Fournet a pourtant prétendu le contraire ; selon lui, « le bruit de l'expiration a été entendu et analysé par plusieurs observateurs, mais d'abord timidement, avec restrictions, avec doute ; car on n'osait pas en croire son oreille là où celle de Laënnec n'avait rien entendu. » (J. Fournet, *Rech. cliniq. sur l'auscult. des org. resp.* Paris, 1839, p. 39).

(3) *Oper. cit.* page 4 de l'introduction et passim.

« normal, le bruit respiratoire se fait à peu près exclusivement entendre au moment où l'air pénètre dans les vésicules pulmonaires; celui où il en sort n'est accompagné que d'un bruit beaucoup plus faible, et qui même est le plus souvent nul. » (*Andral. Note de la page 71 du 1^{er} volume de Laënnec*).

Donc l'existence des deux bruits n'est pas constante; mais quand ils se produisent, ils diffèrent essentiellement l'un de l'autre par leur *durée*, par leur *intensité*. En effet, tandis que le premier est plus fort, en général, que le deuxième, il est aussi, pour l'ordinaire, plus prolongé, double caractère qu'il est indispensable de bien saisir, de bien analyser, moins d'une manière absolue que relativement, si l'on veut interpréter, comme il convient, les résultats fournis par l'auscultation.

§ 5. Mais pour faire des progrès dans cette étude, il ne faut avoir qu'une confiance limitée en ce qu'est écrit sur la respiration, à l'état normal; car si l'on allait prendre pour points de départ et pour termes de comparaison, les données statistiques générales que les auteurs ont consignées dans leurs ouvrages, on commettrait, à chaque instant des erreurs graves de diagnostic.

§ 6. Il était important de connaître les rapports qui peuvent exister entre la force et la durée des bruits respiratoires; puisqu'une appréciation assez exacte de l'état physique des poumons devait naître de cette connaissance; mais c'était, à mon avis, s'écarter de la bonne voie que de trancher d'un seul mot, comme on l'a fait, cette question, sous prétexte de la résoudre. Aussi qu'est-il arrivé? — On a embrouillé ce qu'on avait à éclaircir; on a entouré de difficultés ce qui n'en comportait aucune. Au lieu de déclarer tout uniment ce qui est, à savoir : que les phénomènes naturels de la respiration présentent, dans leur manifestation, des nuances nombreuses; on a voulu déterminer d'une manière précise, mathématique, les degrés relatifs de force et

de durée des bruits respiratoires, et l'on a créé des moyennes. Comme si la pratique avait quelque chose à gagner à cette aveugle intervention des chiffres qui, pour s'adresser à tout le monde, ne conviennent trop souvent à personne, quand il s'agit des cas particuliers !

§ 7. Encore, si les auteurs de ces moyennes s'étaient appliqués à se mettre d'accord ! Mais non, tandis que les uns ont admis comme étant le plus souvent vrai, le rapport de 3 à 1. (Le chiffre 1 représentant la force et la durée du bruit expiratoire; et le chiffre 3 la force et la durée du bruit inspiratoire) (*Barth et Roger*), d'autres ont établi une proportion différente en substituant au chiffre 3 les chiffres 10 ou 5. (1) (*Fournet*).

§ 8. Au milieu de cette divergence d'opinions, quel ne sera pas l'embarras de l'élève plus confiant pour l'ordinaire dans la parole du maître que dans son propre talent d'observation? — Il désespérera de pouvoir jamais arriver à connaître la valeur séméiotique de tel ou tel autre phénomène de la respiration, et il restera dans le doute; tandis que s'il est prévenu, au contraire, que les rapports d'intensité et de durée des bruits respiratoires normaux changent à chaque instant, il ne sera pas surpris de rencontrer, chez quelques individus, le bruit expiratoire se rapprochant tantôt plus, tantôt moins, par son intensité, de l'intensité du bruit inspiratoire.

§ 9. Il retrouvera, sans plus de surprise, des différences

(1) « Le rapport de 1 à 5 est le même que celui de 2 à 10 ; mais j'ai choisi ce dernier, parcequ'il nous ménage au dessus et au dessous de ces deux limites extrêmes, une échelle plus longue d'accroissement. . . . Avec lui, on tient compte plus exactement, plus progressivement, des modifications successives que peuvent subir dans le sens de l'augmentation ou de la diminution, l'intensité et la durée des bruits respiratoires. »

(*Fournet, oper. cit., p. 53*).

aussi nombreuses dans la durée relative des deux bruits, ou au moins des deux temps de la respiration.

§ 10. Existe-t-il d'ailleurs, comme l'a prétendu M. Fournet, un rapport constant entre l'intensité et la durée du murmure vésiculaire aux deux temps de la respiration (1), ou, en d'autres termes, pour me servir des expressions même de l'auteur, « *ces deux qualités des bruits respiratoires (force et durée) marchent-elles égales l'une à l'autre?* » — Qu'on ne le pense pas; il arrive fréquemment, au contraire, que le murmure de la respiration se trouve affaibli par l'épaisseur des parties molles qui recouvrent les parois thoraciques, sans que la même disposition anatomique influe le moins du monde sur la durée de ce murmure.

— Donc, absolument parlant, la proposition de M. Fournet est fausse.

— Elle l'est également, quand on compare l'intensité des bruits respiratoires à leur durée. Ainsi, tandis que cette intensité peut être, par exemple, dans les rapports de 3 à 1, — de 4 à 1, etc. etc., la durée relative de ces bruits peut se trouver chez les mêmes individus dans les rapports de 3 à 1, — de 4 à 1, etc. etc.; la durée relative de ces bruits peut se trouver chez les mêmes individus, dans les rapports de 2 à 1; de 3 à 1, etc...

§ 11. Les erreurs que je viens de signaler proviennent de ce qu'on a voulu soumettre à des lois constantes, des phénomènes essentiellement inconstants.

On a dit : l'examen stéthoscopique auquel nous avons soumis plusieurs poitrines saines nous a fourni le plus souvent les résultats que voici : nous les avons représentés

(1) « Le chiffre 10 exprime à la fois l'intensité et la durée de l'inspiration. » La durée et l'intensité de l'expiration sont égales entre elles et représentées par un même chiffre. »

(*Oper. cit.* p. 52 et suiv.)

par les chiffres qui expriment le mieux l'intensité et la durée comparatives des bruits vésiculaires.

. Il fallait dire : la respiration présente dans ses phénomènes des nuances aussi nombreuses que variées : elle est plus douce, plus moelleuse, plus bruyante, plus longue, plus rare dans certains cas que dans d'autres. Ne recherchez donc pas en dehors de ceux que vous examinez ce que vous devez trouver exclusivement en eux-mêmes; mais auscultez chaque individu séparément, abstraction faite de toutes notions générales acquises, de toute idée préconçue, de toute opinion arrêtée, et si les bruits respiratoires vous présentent dans toute l'étendue des organes pulmonaires, les mêmes caractères et les mêmes rapports de force et de durée, avec les différences d'intensité relatives aux diverses régions de la poitrine, ayez la certitude que vous avez affaire à l'état de santé.

§ 12. Réduite à ces termes, l'auscultation du thorax ne présente réellement pas de difficulté; car elle ne demande qu'un peu d'habitude et de l'application, sans le moindre effort d'intelligence ni de mémoire.

§ 13. Il est facile de se rendre compte des principales causes qui font varier du plus au moins l'intensité des bruits respiratoires; elles se rapportent surtout aux différences de densité que présentent les poumons aux différentes époques de la vie. C'est pourquoi la respiration est plus forte ordinairement dans l'enfance (1) que dans l'âge

(1) Ce n'est pas seulement par l'intensité que la respiration des enfants diffère de celle des adultes. Il y a en outre dans la nature du bruit une différence très-sensible qui, comme toutes les sensations simples, est impossible à décrire, mais que l'on reconnaît facilement par la comparaison.

Il semble que, chez les enfants, l'on sente distinctement les cellules aériennes se dilater dans toute leur ampleur; tandis

mûr ; — dans l'âge mûr que dans la vieillesse : je dis ordinairement, parceque cette règle rencontre d'assez nombreuses exceptions.

Il est des enfants, en effet, qui se font remarquer par la faiblesse de leur murmure vésiculaire, tandis que certains adultes présentent la respiration puérile.

Par contre, le murmure vésiculaire peut être assez fort chez quelques vieillards, de la même manière qu'il est parfois très peu sensible chez des sujets qui ont à peine dépassé le terme moyen de la vie. Il en est même parmi ces derniers dont la poitrine est presque muette, suivant l'expression de Laënnec qui a observé cette particularité chez ceux dont la respiration n'est pas fréquente. (*Oper. cit.* tome 1).

§ 14. L'intensité du murmure vésiculaire est encore variable selon le sexe et les individus. C'est ainsi qu'elle est moindre, en général, chez l'homme que chez la femme, plus grande chez les personnes d'une constitution délicate et nerveuse que dans les circonstances opposées.

§ 15. Toutes choses égales d'ailleurs, « le murmure de la respiration est d'autant plus sonore, qu'elle est plus rapide. Une inspiration très profonde, mais faite très lentement, s'entend quelquefois à peine, tandis qu'une inspiration incomplète, et dans laquelle la dilatation des parois du thorax est peu sensible à l'œil, peut être très bruyante si elle est faite avec rapidité. » (*Laënnec, oper. cit. t. 1; p. 63*).

§ 16. On a dit que certaines conditions individuelles, et dont la raison échappe à l'observateur, faisaient varier les degrés d'intensité du murmure vésiculaire. Ces conditions

que chez l'adulte, on croirait qu'elles ne se remplissent d'air qu'à moitié.

Cette différence du bruit existe principalement dans l'inspiration ; elle est beaucoup moins marquée dans l'expiration.

(*Laënnec, oper. cit. Tom. 1, p. 64*).

se rapportent, pour la plupart, à des variétés d'étendue de la cavité thoracique. Je m'étonne que tous les auteurs aient gardé le silence sur ces variétés anatomiques dont il est facile de constater l'influence sur les degrés d'intensité des bruits respiratoires.

Des recherches multipliées m'ont appris à cet égard, que cette intensité est, le plus souvent, en raison inverse du volume des organes pulmonaires. Ce fait d'observation s'accorde parfaitement avec les faits connus de l'anatomie normale et de la pathologie.

Ainsi, les poumons sont moins volumineux dans les premières années de la vie qu'après la puberté : nous venons de voir que c'était dans l'enfance qu'on entendait le mieux la respiration (1).

« Le thorax de la femme a moins de hauteur que celui de l'homme. Il est plus large à partir de son sommet jusqu'à la quatrième côte. Inférieurement il est plus resserré. Le sternum est plus court et ne descend que jusqu'au niveau du plan de la cinquième;—il est donc chez la femme plus distant du pubis. La région des lombes a plus de longueur. » (Orfila. *Traité de Médecine légale*. 4 vol. in-8°. Paris, 1838. T. 1^{er}, p. 112 et suiv.).

Qu'on rapproche de ce passage ce que nous avons dit de la respiration de la femme comparativement à celle de l'homme, et l'on trouvera dans ce rapprochement la confirmation de l'opinion que nous avons émise, et qui se trouve d'ailleurs en harmonie avec ce qu'avait déjà constaté le

(1) Cette remarque ne s'applique pas aux enfants à la mamelle. A cet âge, leurs poumons sont plus denses, moins élastiques, et par conséquent moins sonores qu'ils ne le seront un peu plus tard. Ils sont aussi le siège d'une respiration beaucoup plus faible.

docteur Williams, à savoir : que le murmure vésiculaire est plus fort après le repas (1).

Je viens d'ausculter deux femmes bien portantes, de même âge et de même constitution.

La hauteur du thorax, au niveau du mamelon, était chez l'une de 20 centimètres, et chez l'autre de 25.

Le nombre des inspirations était égal dans les deux cas, et cependant, une respiration bruyante était entendue sur la poitrine la plus étroite, tandis que sur l'autre, elle était infiniment plus faible.

A ces faits, qui sont incontestables, j'ajoute le suivant, que j'emprunte encore à l'observation clinique :

Une jeune femme à poitrine très large et très développée, met au monde un enfant, dans la nuit du 25 au 26 mars 1846.

Je l'examine huit ou dix heures après l'accouchement.

Sa respiration est pénible, brève et rapide; elle se renouvelle 46 fois par minute.

La région sous-claviculaire droite, un peu plus sonore que l'autre, est néanmoins le siège d'une respiration sensiblement plus faible, bien qu'absolument supérieure à celle de l'état normal (respiration exagérée); le bruit expiratoire s'entend parfois à peine. Cette respiration se produit évidemment dans les vésicules pulmonaires.

Il n'en est pas de même de celle qu'on entend dans la région sous-claviculaire gauche, où les deux bruits respiratoires ont pris le caractère soufflant; c'est principalement dans les bronches qu'ils ont leur siège.

Tandis que le bruit expiratoire manque souvent à droite, il ne manque jamais à gauche.

Il existe, du reste, entre l'inspiration et l'expiration, dans les deux côtés de la poitrine, le même rapport d'intensité.

Leur longueur est à peu près égale.

(1) Rat. Expos. of. the phys. sign. of diseases of the lungs and pleura, etc.; — London, 1828. —

Le cœur est à 5 centimètres de la clavicule.

Le foie est à 7 centimètres du même os.

Les rapports des poumons avec ces deux organes sont peu étendus.

On produit par la percussion, au niveau des deux hypo-chondres et de la région épigastrique, une résonnance tympanique. Il en est de même de tout le ventre, qui est énormément distendu, ce qui explique le refoulement du foie, des poumons et du cœur.

Il y a 60 pulsations artérielles.

Vingt-quatre heures s'écoulent; et, malgré l'administration d'un purgatif, la nouvelle accouchée ne va pas à la garde-robe, mais elle rend des gaz en quantité, et les parois de l'abdomen s'affaissent. Le refoulement des viscères est moins considérable. Le cœur et le foie se sont abaissés chacun de deux centimètres; les poumons les recouvrent dans une plus grande étendue: en un mot, ils ont suivi le développement de la cavité thoracique.

La respiration est beaucoup moins gênée que la veille; elle est infiniment moins forte des deux côtés; elle est partout vésiculaire.

L'expiration est même plus faible à gauche qu'elle ne l'était à droite, et cependant le nombre des inspirations n'a diminué que de six.

§ 17. Il est facile de s'expliquer pourquoi les choses se passent de la manière que je viens de le dire: que faut-il, en effet, pour que la respiration se fasse bien? — Il faut que l'hématose soit suffisante. Or, si toutes choses égales d'ailleurs, la quantité d'air est nécessaire, par exemple, à deux individus dont les poumons sont sensiblement inégaux en volume, n'est il pas évident que la respiration devra mieux s'entendre dans les poumons les plus petits? Elle s'entendra mieux, parceque l'air atmosphérique ne pénétrera pas seulement dans les lobules profonds, mais encore dans ceux de la périphérie.

§ 18. La preuve de ces faits se déduit non seulement de ce que nous apprennent la percussion et l'auscultation de la poitrine lors des inspirations tantôt faibles, tantôt exagérées, mais encore d'expériences cadavériques qui démontrent que dans les respirations ordinaires, toutes les cellules aériennes ne participent pas, ou participent moins à l'acte de la respiration.

Ces expériences apprirent à M. Cruveilhier, (*Anatomie descriptive*, 1^{re} édit., t. 2, p. 633), qu'une insufflation modérée des poumons ne dilatait peut-être pas le tiers de leurs lobules, ce qui lui fit dire : que les deux autres tiers étaient en quelque sorte en réserve et qu'ils n'agissaient que dans les grandes inspirations.

M. Cruveilhier vit aussi que les lobules les plus perméables étaient ceux du sommet. (*Ibid. op. cit.*).

Il suffit de répéter ces expériences pour se convaincre de l'exactitude des résultats dont je viens de parler, et pour acquérir, en outre, la certitude que ce sont les parties les plus profondes du poumon qui se laissent distendre les premières par l'air atmosphérique.

§ 19. Je termine par une observation non moins concluante que ne le sont les faits et les raisonnements que je viens de produire.

Il s'agit d'une femme jeune, bien constituée, chlorotique, et qui garde le lit depuis 7 ou 8 jours.

C'est sur le côté droit qu'elle a l'habitude de se coucher. La partie inférieure du poumon correspondant est, en arrière et latéralement, plus obscure, moins élastique que la région semblable du poumon gauche. On y entend un double bruit vésiculaire faible et lointain à chaque respiration ordinaire. Mais toutes les fois que la malade dilate largement la poitrine, il se produit, durant l'inspiration surtout, un râle crépitant très menu, très abondant, occupant une grande étendue et rappelant, on ne peut mieux, le râle crépitant de la pneumonite.

Je conseille à la malade de dormir sur le côté gauche. Le lendemain le râle est moins multiplié, et il ne s'écoule pas une semaine sans qu'il disparaisse entièrement.

§ 20. *Faisons connaître maintenant les degrés de force des bruits respiratoires, relativement aux diverses régions de la poitrine.*

Toutes choses égales d'ailleurs, la respiration s'entend d'autant mieux que le poumon est plus épais et plus rapproché de la surface des parois thoraciques. Elle est donc plus forte dans le creux de l'aisselle et au dessus de la clavicule que partout ailleurs. Viennent ensuite : la partie supérieure du sternum ; les régions claviculaires et sous-claviculaires ; puis l'espace compris entre les omoplates ; les régions mammaires, (surtout la droite) ; sous-scapulaires ; épineuses ; sus et sous épineuses ; et enfin la région inférieure de l'aisselle.

§. 21. Hâtons-nous de dire que ce n'est pas toujours exclusivement le murmure vésiculaire que l'on entend au niveau des premières pièces du sternum et de la partie supérieure de la région inter-scapulaire. Il se mêle parfois à ce murmure une respiration que Laënnec a désignée sous le nom de bronchique en raison du lieu de sa production, de sa sécheresse et de son caractère soufflant dépourvu de cette crépitation fine qui accompagne le développement des cellules aériennes.

La respiration bronchique a son summum d'intensité à la racine des poumons, au voisinage de l'angle supérieur interne de l'omoplate.

Tantôt on la distingue au milieu d'un murmure vésiculaire plus ou moins fort ; tantôt elle est masquée complètement par l'étendue et l'intensité de ce murmure. Du reste, elle n'est pas constante ; elle est même plus rare qu'on ne l'a dit. On l'observe surtout chez les personnes faibles (chlorotiques, chloro-anhémiques, etc.)

On la reconnaît aux caractères suivants :

- 1° Elle se compose ordinairement de deux bruits qui sont peu forts et de peu de durée.
- 2° Elle a lieu dans une petite étendue.
- 3° Elle est sans mélange de bruits anormaux ; sans obscurité de son dans les points environnants ; sans matité dans les parties déclives de la cavité thoracique.

§ 22. *Il nous reste à déterminer si les caractères de la respiration sont absolument les mêmes dans les points semblables de la poitrine.*

M. Fournet ausculta un très grand nombre d'individus ayant toutes les apparences de la santé la plus parfaite, et il constata, chez presque tous, une exacte ressemblance des bruits respiratoires dans les deux côtés de la poitrine. Le petit nombre de ceux qui faisaient exception n'étaient pas sans laisser quelques doutes sur l'état de leurs poumons. Ils présentaient, sous la clavicule droite, une expiration un peu plus développée.

Pour savoir à quoi s'en tenir sur ce résultat, M. Fournet entreprit de nouvelles recherches. Cette fois, il choisit des militaires qu'avaient amenés à l'hôpital des maladies tout-à-fait étrangères aux organes thoraciques.

Les bruits de l'inspiration et de l'expiration lui parurent absolument égaux de l'un et de l'autre côté, au sommet comme à la base, en avant comme en arrière. Il en tira la conséquence suivante :

« Toutes les fois qu'une différence existera entre les bruits des deux sommets de la poitrine, cette différence pourra, en règle générale, être attribuée à l'état pathologique. » (Oper. cit. p. 62 et suiv.)

§ 23. Ce ne sont pas là, il s'en faut de beaucoup, les résultats auxquels je suis arrivé moi-même, après une exploration mille fois répétée de la poitrine, chez des personnes saines.

Non seulement je n'ai pas trouvé constamment la respi-

ration égale des deux côtés, mais encore j'ai rencontré à cet égard de très nombreuses exceptions.

Ce fut la percussion médiate qui me conduisit la première à constater ces différences. Elle m'avait appris que le poumon sur lequel on a l'habitude de reposer durant la nuit, perd en général un peu de sa résonnance et de son élasticité. J'ai consigné ce fait dans mon *Traité Pratique de Percussion* (p. 91). Mais ce que je ne pouvais pas dire dans cet ouvrage sans sortir de mon sujet, c'est que le murmure vésiculaire est d'autant plus faible que la congestion hypostatique du poumon est portée plus loin. Aussi arrivait-il un moment, où par les progrès croissants de cette congestion, les vésicules superficielles ne sont plus ou sont à peine perméables à l'air atmosphérique. Alors, on est tout surpris d'entendre un bruit plus fort qu'à l'ordinaire, et l'on ne s'explique pas sa coïncidence avec le son plus obscur de la région correspondante du poumon. Mais il ne faut pas s'y méprendre, le bruit exagéré dont nous parlons a lieu dans les dernières ramifications bronchiques, et il mérite d'être soigneusement distingué du bruit exagéré des vésicules.

§ 24. Celui-ci, quoi qu'un peu plus fort qu'à l'état normal, est encore doux et moelleux à l'oreille; c'est un murmure léger qui se développe et s'élève et s'étend à mesure que les parois thoraciques s'élèvent et s'agrandissent.

Celui-là, au contraire, est plus prononcé, plus rude, plus circonscrit; il tient plutôt du souffle que du murmure. On sent qu'il se produit dans un espace plus limité et dans un milieu moins élastique et meilleur conducteur du son.

Il ne faut donc pas confondre, à l'auscultation, la respiration vésiculaire dite PUÉRILE avec la respiration qui peut paraître devoir être appelée BRONCHIQUE CAPILLAIRE.

C'est probablement de cette dernière que M. Louis a voulu parler (*Recherches sur la phthisie*, p. 531, 2^e édit. Paris, 1843. 1 vol. in 8°), lorsqu'il a signalé l'expiration plus

forte et plus prolongée que l'on observe fréquemment à l'état de santé dans le côté droit de la poitrine.

Mais je suis convaincu que M. Louis s'est trompé en avançant que, chez les mêmes personnes, le bruit inspiratoire était absolument semblable sous les clavicules.

L'intensité de l'inspiration n'augmente pas, il est vrai, dans la proportion de celle de l'expiration, mais elle demeure rarement stationnaire.

§ 25. Voilà ce que m'ont fait découvrir la percussion médiate pléssimétrique et l'auscultation employées tour-à-tour sur les mêmes points de la poitrine.

Cette question délicate ne pouvait être résolue que par l'emploi combiné de ces deux moyens d'exploration.

§ 26. Si M. Gerhard de Philadelphie les eût interrogés l'un après l'autre, sur le vivant, il aurait mieux interprété le fait de la *respiration un peu soufflante qu'il avait retrouvée souvent, à l'état de santé au sommet du poumon droit*, et il aurait trouvé dans la modification physique survenue dans ce poumon par suite du décubitus, une explication toute naturelle, au lieu de la rattacher exclusivement au calibre plus considérable des bronches qui se distribuent au poumon droit, à leur voisinage de la trachée, et à leur direction presque en ligne droite.

§ 27. S'il eût encore procédé de la sorte, M. Fournet n'eût pas recherché davantage, après la mort, dans la texture des poumons, dans le degré d'intensité de leur tissu, etc..., des différences trop peu sensibles pour être perçues, et il n'aurait pas mis ses sens dans la fâcheuse position de subir l'influence de son esprit prévenu (1). Au lieu de

(1) MM. Gerhard et Fournet se sont livrés, chacun de leur côté, à des recherches anatomiques multipliées, dans le but de savoir s'il existait entre les deux poumons, quelque différence qui pût influencer sur les bruits de ces organes.

M. Gerhard a rapporté la respiration soufflante du côté

vouloir trouver ce qui, à son point de vue, devait être, il aurait recherché ce qui était, et il ne se serait pas exprimé comme nous l'avons vu.

§ 28. Enfin, si MM Barth et Roger avaient pris aussi bien conseil de la plessimétrie que des travaux de leurs prédécesseurs, ils auraient découvert, sans aucun doute, les faits pratiques à l'occasion desquels j'entre dans ces détails, et ils auraient reconnu que l'habitude du couché sur le côté gauche peut amener dans le poumon correspondant la respiration tantôt faible, tantôt bronchique que nous avons vue de préférence exister dans le côté droit de la poitrine.

Rapport de M. RICHARD. (25 décembre 1846).

L'auscultation des organes respiratoires n'a point suivi la marche ordinairement lente du progrès. Laënnec, en effet, a donné à cette partie de sa découverte presque tous les développements dont elle est susceptible; aussi, malgré les nombreux travaux entrepris dans ces dernières années, par des hommes dont quelques-uns même se trouvent de nos jours à la tête de la médecine, cette partie de l'auscultation a-t-elle subi peu de modifications importantes. Laënnec reste donc toujours au dessus de ses successeurs, comme ces grands peintres qui tracent d'une main savante l'ordonnance d'un tableau, en exécutent eux-

droit aux trois circonstances que je viens de faire connaître (§ 26), et il a regardé cette respiration comme normale.

M. Fournet, au contraire, la regarde en général, comme pathologique (§ 22), se fondant sur ce qu'il n'a pas trouvé, dans les conditions physiques des poumons, de raison suffisante pour une différence sensible entre les bruits d'un côté à l'autre.

(*Oper. cit.* p. 69,)

mêmes les principales parties, et laissent à des talents plus modestes les accessoires de la composition. Voilà la part que nous a léguée l'auteur de l'*Auscultation médiate*, et que paraît avoir acceptée M. Mailliot, lorsqu'il a entrepris le travail dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir. Je regrette qu'un dissentiment profond nous ait séparés d'un collègue que tant de titres recommandent à notre estime; mais votre commission devait livrer au contrôle d'une discussion sévère des opinions qui lui paraissaient paradoxales. Au reste, Messieurs, cette obligation, si pénible qu'elle soit, elle croit l'avoir remplie avec convenance, mais en même temps avec une entière liberté. M. Mailliot lui-même appelait cette discussion de tous ses vœux; et c'est un bonheur pour moi en particulier, que d'avoir pu concilier en cette occasion, mes devoirs de rapporteur avec les désirs que notre collègue a daigné plusieurs fois m'exprimer.

En intitulant son travail : *Auscultation des poumons à l'état normal*, M. Mailliot n'a pas eu l'intention de nous donner un traité complet sur la matière. Plusieurs questions importantes, en effet, n'y sont point abordées; c'est en vain, par exemple, que nous y chercherions le mécanisme des bruits respiratoires et l'examen d'une théorie moderne, rivale de celle de Laënnec. C'est donc un simple mémoire sur les points principaux de l'auscultation des poumons à l'état physiologique que nous avons à examiner.

Or, ce mémoire, Messieurs, se compose de 28 paragraphes, que nous avons essayé de grouper autour de cinq propositions principales, qui résument tout l'ouvrage et en rendent l'analyse plus facile.

A. Dans une 1^{re} proposition, M. Mailliot établit que le murmure respiratoire se compose de deux bruits, dont l'un indique l'entrée de l'air dans le tissu pulmonaire (inspiration) et l'autre son expulsion (expiration).

Les deux² paragraphes consacrés au développement de cette proposition ne renferment rien de particulier. C'est la

reproduction fidèle de ce qu'on trouve dans tous les livres d'auscultation. L'auteur cependant, dans une petite note, s'élève contre une assertion de M. Fournet, au dire duquel Laënnec n'aurait point parlé de l'expiration. Le reproche de M. Mailliot nous paraît mérité. Si Laënnec n'a point tiré de l'étude approfondie de l'expiration toutes les ressources qu'on en a tirées plus tard pour le diagnostic de certaines maladies du poumon, il n'en est pas moins vrai cependant qu'il a parfaitement saisi les deux bruits, bien qu'il les ait étudiés collectivement sous le nom de *bruit respiratoire*.

B. Ces deux bruits (l'inspiration et l'expiration) diffèrent l'un de l'autre par leur *durée* et leur *intensité*, l'avantage, bien entendu, étant du côté de l'inspiration.

Jusqu'ici rien que de très juste et de parfaitement connu. Mais vous savez, Messieurs, que les auteurs ont voulu exprimer cette différence par des chiffres, et qu'ils ont établi la proportion suivante :

L'inspiration est à l'expiration :: 3 : 1.

Voilà ce que M. Mailliot voudrait voir supprimer des ouvrages d'auscultation. Ces moyennes sont inutiles; elles sont dangereuses dans la pratique; elles découragent l'élève auquel l'auscultation n'offrirait sans elles aucune difficulté. — Si ces raisons étaient fondées, il est évident qu'il faudrait négliger ces *moyennes*, en débarrasser nos traités; mais les objections que M. Mailliot a laborieusement élevées contre elles ne nous paraissent pas heureuses : il vous sera facile d'en juger.

Il ne faut pas tenir compte, dit M. Mailliot, des données générales fournies par les auteurs. Une confiance illimitée en ce qui est écrit sur la respiration nous conduirait fatalement à de graves erreurs de diagnostic. — Mais c'est là, ce me semble, un conseil plutôt qu'une objection, et ce conseil peut s'adresser à tout le monde; car il trouve son application dans tous les genres d'étude possible; on pourrait

même le donner aux élèves qui ouvrent pour la première fois l'ouvrage de M. Mailliot sur la percussion médiate. N'avoir qu'une confiance limitée, provisoire si je puis m'exprimer ainsi, dans les règles générales fournies par les auteurs qui nous ont ouvert la voie dans une science quelconque; mais c'est là une simple prescription du sens commun, dont on ne pourrait faire une objection sérieuse contre les auteurs qui ont fourni ces données, car il y a loin d'une sage réserve à une aveugle confiance. M. Mailliot répondra sans doute qu'il n'a pas voulu proscrire toute espèce de généralités, mais ces généralités exclusives, qui, pour convenir à tout le monde en général, ne conviennent le plus souvent à personne en particulier. Au lieu de déclarer, dit-il, « que les phénomènes respiratoires présentent dans leur manifestation des nuances nombreuses, on a voulu déterminer d'une manière précise, mathématique, les degrés relatifs de force et de durée des bruits respiratoires, et l'on a pris des moyennes. » Mais, j'en demande bien pardon à M. Mailliot, personne n'a donné à ces moyennes une valeur absolue, *mathématique*; et dès lors sur quoi porte la critique, je vous le demande? il y a mieux, les auteurs eux-mêmes se sont mis en garde contre une semblable interprétation. M. Fournet dit en effet dans ses prolégomènes, que le mot *loi* dont il se sert quelquefois, ne doit point nous paraître ambitieux; car il n'a pour lui d'autre signification que celle-ci: « Le fait général domine un certain nombre de faits particuliers. » — MM. Barth et Roger, après avoir établi que l'inspiration est plus forte que l'expiration, disent que, si l'on voulait représenter par des chiffres les différences d'intensité de l'une et de l'autre, on dirait que l'inspiration est à l'expiration dans le rapport de 3 à 1; mais immédiatement après, et pour qu'on ne se méprenne point sur la valeur de ces moyennes, ils ont soin d'ajouter que le bruit respiratoire a des caractères variables suivant les lieux où l'on écoute; suivant l'ampleur et la fré-

quence des inspirations, etc, etc. Qu'y a-t-il donc là de mathématique et d'absolu? Qu'y a-t-il d'aveugle dans cette intervention des chiffres? Loin de considérer leurs moyennes comme autant de lits de Procuste où seraient mutilés sans raison les faits qui dépassent la règle, les auteurs nous les donnent comme de simples jalons pour guider nos pas encore mal affermis, nullement comme des limites précises au delà et en deçà desquelles on tombe fatalement dans l'erreur, *intra peccatur et extra*. Si ces moyennes sont fausses, changez-les; mais si elles dominent dans leur généralité les faits particuliers, gardez-vous de les rejeter comme autant de notions inutiles ou fausses.

Encore, dit M. Mailliot, si les auteurs s'étaient appliqués à se mettre d'accord; mais pendant que l'un donne le rapport de 3 à 1; l'autre (M. Fournet) donne celui de 5 à 1. — Ce désaccord, en effet, est regrettable; mais que prouve-t-il contre les moyennes? Et je demanderai à mon tour à M. Mailliot si l'on s'accorde parfaitement sur le nombre d'inspirations ou de pulsations que présente un homme en un temps donné; et si ce nombre ne varie pas avec l'âge, le sexe, le tempérament, l'heure du jour, et mille autres circonstances? et néanmoins, M. Mailliot compte soigneusement le pouls et la respiration de ses malades. Il n'y a donc point lieu de plaindre l'élève « que cette divergence jettera, suivant l'auteur, dans le découragement et le doute, tandis que si on lui avait dit que ces rapports d'intensité et de durée changent à chaque instant, il ne serait pas surpris de rencontrer chez quelques individus le bruit expiratoire se rapprochant tantôt plus, tantôt moins, par son intensité de l'intensité du bruit respiratoire. »

Evidemment cette sollicitude à l'endroit des commençants part d'un bon naturel; mais que M. Mailliot daigne se rassurer! car ce qu'on aurait dû dire à l'élève, on le lui a dit, et si l'élève ne l'a pas compris, c'est qu'il est du genre des pires sourds, car depuis Laënnec jusqu'à M. Mailliot

inclusivement, tous les auteurs parlent des nuances sans nombre que présente le bruit de la respiration. Mais, au surplus, l'élève qu'une aussi faible difficulté jetterait dans le découragement et le doute nous paraîtrait bien à plaindre en effet; car que sera cet élève en présence de difficultés bien autrement sérieuses, quand il s'agira, par exemple, de discerner un bruit léger, fugitif, de l'analyser, d'en trouver le mécanisme et d'en apprécier la valeur sémiologique? L'auscultation dès lors ne sera plus pour lui une science, mais un art de devin qu'il abandonnera sans retour; or, si nous devons plaindre cet élève, il n'y a certainement pas lieu de le regretter.

M. Mailliot insiste: « débarrassée de ces moyennes, l'auscultation ne présente réellement pas de difficulté; car elle ne demande qu'un peu d'habitude et de l'application sans le moindre effort d'intelligence, ni de mémoire. »

Plût au ciel qu'il en fût ainsi! mais l'étude est plus exigeante, et l'auscultation, quoi qu'en dise M. Mailliot, demandera toujours beaucoup d'intelligence et de mémoire. C'était du moins l'opinion de Laënnec lorsqu'il répondait à Broussais qui se plaignait de ce que le *Traité d'auscultation* médiata, par ses nombreux détails anatomiques et sémiologiques, décourageait le lecteur, il lui disait: « La lecture de mon ouvrage demande de l'attention et du travail. » De l'attention et du travail! c'est Laënnec lui-même qui l'a dit. Tout le mal, s'il y en a, ne vient donc pas des moyennes, car Laënnec ne les connaissait pas; ou du moins, que je sache, n'en a point parlé dans son ouvrage.

Je regrette, Messieurs, d'avoir tant insisté sur une question qui ne vous paraîtra peut-être pas avoir une grande importance, mais à laquelle M. Mailliot a cru devoir cependant consacrer une bonne partie de son mémoire; ne pouvant accepter comme fondée la critique faite par notre collègue, votre commission avait à cœur de ne laisser au-

cune de ses objections sans réponse; c'est ce qui l'a entraînée dans ces développements.

C. Dans une troisième proposition, M. Mailliot établit les causes des différences d'intensité des deux bruits respiratoires, et il les trouve comme Laënnec dans les différences de densité, de sexe, de rapidité d'introduction de l'air, etc. Il est une autre cause cependant sur laquelle M. Mailliot s'étonne que les auteurs aient gardé le silence, c'est le *volume* des organes pulmonaires: « L'intensité du bruit respiratoire est le plus souvent en raison inverse du volume des poumons. ».

Examinons les preuves de M. Mailliot.

On entend mieux la respiration chez l'enfant que chez l'adulte; or chez l'enfant le poumon est moins volumineux; donc... — Voilà un raisonnement fort spécieux; mais si la proposition de M. Mailliot était rigoureusement vraie, plus l'enfant serait jeune, moins son poumon serait volumineux, et plus la respiration par conséquent devrait avoir d'intensité, or cela n'a point lieu, et je suis étonné que la citation que M. Mailliot emprunte à cette occasion à M. Trousseau, ne l'ait point conduit à émettre une proposition inverse; car M. Trousseau a observé que chez l'enfant encore à la mamelle la respiration était plus faible que chez l'enfant de 3 ou 4 ans, par exemple. Cette première preuve, il faut en convenir, aurait pu être mieux choisie. Mais en outre de cela, ne doit-on pas également faire entrer en ligne de compte le diamètre de la glotte? car si l'enfant a un poumon moins volumineux que celui de l'adulte, il a aussi une glotte proportionnellement plus étroite, par conséquent son poumon recevant moins d'air, il y aura compensation par rapport au volume. On voit par là que d'une manière relative les poumons de l'enfant et de l'adulte ne se trouvent pas rigoureusement dans des conditions différentes. Veuillez remarquer, Messieurs, que nous res-

tons dans les conditions matérielles, anatomiques, où nous a placés l'auteur du mémoire, et que nous faisons toutes nos réserves à l'égard des autres causes qui rendent la respiration de l'enfant plus forte qu'à toute autre époque de la vie, et dont nous n'avons pas à nous occuper ici. — M. Mailliot fait le même raisonnement à l'égard du poumon de la femme, comparé à celui de l'homme sous le rapport du volume. Mais encore ici tout est relatif, et au milieu des conditions nombreuses qui rendent la respiration de la femme plus intense en général que celle de l'homme, est-il possible de faire la part du volume de l'organe dans l'acte de la respiration?

A toutes ces preuves empruntées à l'anatomie normale, M. Mailliot en ajoute plusieurs autres qui, pour le dire par anticipation, ne nous ont guère paru plus convaincantes. Les voici :

a. Le docteur Williams a trouvé que le murmure vésiculaire était plus fort après le repas.

b. M. Mailliot a pris la mesure du thorax de deux femmes de même âge, de même constitution, et il a constaté que la respiration était plus intense chez celle dont le thorax avait des dimensions moindres.

c. Enfin chez une femme récemment accouchée, le sommet du poumon droit était le siège d'une respiration exagérée, et le sommet du poumon gauche d'une respiration presque bronchique. Des gaz renfermés dans les intestins produisaient ce phénomène en refoulant les viscères de bas en haut et en diminuant le volume des poumons. Ces gaz sortent après l'administration d'un purgatif, et le poumon dès lors n'étant plus refoulé, la respiration devient moins gênée et moins forte.

L'auteur du mémoire pourrait encore invoquer le souffle qu'on entend dans certains épanchements pleurétiques.

Mais que prouvent tous ces faits et l'assertion fondée ou non fondée du docteur Williams? s'il faut dans un temps donné, un certain nombre d'inspirations pour satisfaire aux besoins de l'hématose, ces inspirations ne pouvant se faire complètement à cause de la gêne apportée à l'expansion pulmonaire, il faudra y suppléer par un plus grand nombre d'inspirations dans le même temps donné : nous savons en outre que le poumon gagne en densité ce qu'il perd en volume. Nous avons donc ici deux causes qui suffisent à elles seules pour augmenter l'intensité du bruit respiratoire, savoir : densité du tissu pulmonaire d'une part, introduction plus rapide de l'air d'autre part ; mais ne sont-ce pas là les mêmes causes que M. Mailliot lui-même indiquait tout à l'heure? or, si la nouvelle cause dont les auteurs n'ont point parlé, rentre implicitement dans celles dont ils ont parlé, je ne vois pas la nécessité de charger la science d'une superfluité.

D. Dans la 4^{me} proposition, M. Mailliot établit les degrés de force des bruits respiratoires, relativement aux diverses régions de la poitrine. Fidèle à la tradition, l'auteur admet que ce bruit s'entend d'autant mieux que le poumon est plus épais et plus rapproché des parois thoraciques. Voici au reste le classement indiqué dans le mémoire : 1° Creux axillaire; 2° Région sus-claviculaire; 3° Partie supérieure du sternum; 4° Régions claviculaire et sous-claviculaire; 5° Espace inter-scapulaire; 6° Régions mammaires, surtout la droite; 7° Région sous-scapulaire; 8° Régions épineuse, sus et sous-épineuse; 9° Région inférieure de l'aisselle. Dans ce classement, la partie supérieure du sternum se trouve placée avant la région sous-claviculaire. Et cependant, au niveau du sternum, le poumon ne nous paraît pas avoir plus d'épaisseur, ni se trouver plus rapproché de l'oreille. Il est vrai que chez certaines filles chlorotiques, M. Mailliot a observé un peu de respiration bronchique à

ce niveau ; cette observation est vraie, et elle avait déjà été faite ; mais elle n'autorisait point M. Mailliot à mettre l'exception avant la règle. Car le plus ordinairement la respiration est plus forte sous la clavicule, au niveau de la partie supérieure du sternum.—M. Mailliot distingue une *région épinause*. Il me semble que cette distinction est un peu subtile ; certes, je ne vois pas quels services elle peut rendre à la pratique. Enfin je me demande pour quel motif la *région dorsale inférieure* figure dans ce classement sous le nom de *région sous-scapulaire*, qui pour tout le monde a une signification bien différente. Il me semble que c'est là une faute, de la part d'un homme qui s'honore d'appartenir à une école dans laquelle le respect pour la nomenclature est poussé jusqu'au scrupule. Encore s'il y avait substitué le nom d'*infra-scapulaire* ! Cette critique, Messieurs, pourrait nous paraître un peu minutieuse, si M. Mailliot lui-même ne nous avait montré bien des fois combien il importait de se montrer circonspect dans le choix des expressions.

E. Nous arrivons enfin à la cinquième et dernière proposition. L'observation clinique a démontré que les caractères de la respiration ne sont pas parfaitement identiques dans les points semblables de la poitrine. C'est là un fait sur lequel règne un accord à peu près général. Ainsi, MM. Louis, Barth et Roger, Gerhard de Philadelphie, etc., ont trouvé qu'au sommet du poumon droit, la respiration était notablement plus intense qu'au sommet du poumon gauche. M. Gerhard même lui assigne un caractère soufflant. M. Mailliot a répété mille fois cette exploration comparative, et il est arrivé aux mêmes résultats. Ajoutons enfin que M. Fournet accepte également le fait, mais en l'interprétant d'une autre manière.

Ce qui reste donc établi, c'est l'accord de tous les observateurs sur la réalité de cette inégalité de force du bruit respiratoire dans des points semblables de la poitrine. Mais

si les auteurs sont d'accord sur le fait, ils cessent de l'être au chapitre de l'explication. M. Fournet, en effet, croit devoir rapporter ce phénomène à un état pathologique. M. Gerhard de Philadelphie invoque le calibre plus considérable des bronches qui se distribuent au poumon droit, leur voisinage de la trachée et leur direction presque rectiligne. MM. Barth et Roger mentionnent le fait sans l'expliquer. Il est évident que M. Fournet *a subi l'influence de son esprit prévenu*, lorsqu'il a donné l'expiration prolongée comme un signe positif de phthisie commençante. Trop de faits aujourd'hui déposent contre cette opinion, pour qu'il soit nécessaire de la combattre. L'explication de M. Gerhard ne satisfait guère M. Mailliot. Il y a bien là une différence matérielle, anatomique; mais elle lui paraît insuffisante pour rendre compte des faits. Enfin, il est à regretter, suivant M. Mailliot, que MM. Barth et Roger n'aient pas pris conseil de la plessimétrie, aussi bien que des travaux de leurs prédécesseurs; ils auraient sans contredit trouvé l'explication qu'il était sans doute réservé à notre collègue de nous faire connaître.

La plessimétrie, en effet, lui a appris que le poumon sur lequel on repose la nuit, perd un peu de sa résonnance et de son élasticité, à cause d'une congestion hypostatique qui s'y fait sous l'influence du décubitus, le murmure vésiculaire est d'autant plus faible que cette hypostase est poussée plus loin; aussi arrive-t-il un moment où ses progrès sont tels, que les vésicules superficielles ne sont plus perméables et qu'on entend un *bruit plus fort, coïncidant avec un son plus obscur*. Ce bruit, dit M. Mailliot, doit être soigneusement distingué du bruit exagéré des vésiculés; car il se passe dans les dernières ramifications bronchiques. C'est pour cette raison qu'il lui donne le nom de *respiration bronchique-capillaire*.

En regard d'une explication aussi simple, qu'ingénieuse, qu'il nous soit permis d'élever quelques doutes! Nous de-

manderons d'abord à M. Mailliot, si cette congestion hypostatique, suffisante dans certains cas, pour oblitérer complètement les vésicules, est possible à l'état normal sous l'influence d'un simple décubitus de quelques heures. Il est vrai que dans les parties déclives, les liquides tendent à stagner; il est vrai que dans un organe enflammé, où s'exerce une action vitale énergique, la déclivité ajoute à l'état fluxionnaire des parties; il est vrai encore que, sous l'influence d'un obstacle mécanique à la circulation, ou d'une altération générale du sang, des congestions s'opèrent dans les tissus. Mais qu'en dehors de toute action pathologique, par l'effet d'un décubitus auquel succèdent de longues heures de station verticale, l'accumulation des fluides aille jusqu'à fermer les vésicules pulmonaires à l'air extérieur, voilà ce qui ne nous paraît pas encore parfaitement démontré. La plessimétrie, dites-vous, démontre cette congestion, puisqu'elle vous a permis de constater une obscurité de son, du côté sur lequel a reposé le sujet. Cette obscurité du son nous prouve qu'il y a une densité un peu plus forte du tissu pulmonaire dans le point correspondant; mais que cette densité soit le fait d'une congestion, voilà une conclusion qui n'était point comprise dans les prémisses. J'invoquerai ici le concours de l'auscultation, s'il y a congestion, en effet, nous devons entendre les râles, qui accompagnent ordinairement les pneumo-hémies, râle sous-crépitant, râle crépitant fin. Or l'auscultation ne nous révèle aucun de ces signes. Je sais bien que pour quelques personnes, pour M. Beau, par exemple, une congestion pulmonaire ne doit point donner lieu aux râles précédemment indiqués, parceque le liquide accumulé se trouve en dehors des vésicules. Mais cette hypothèse n'a pas reçu la sanction clinique, et fût-elle vraie, elle ne saurait prêter appui à la théorie de M. Mailliot, parceque M. Mailliot ne l'admet point. N'est-il pas question, en effet, dans son mémoire d'une jeune fille chez la-

quelle le décubitus prolongé pendant plusieurs jours de suite, produisait une congestion hypostatique dans le poumon correspondant, congestion manifestée par une obscurité du son, et par du *râle crépitant fin*, tout-à-fait analogue à celui de la pneumonie? Hatons-nous de compléter ce fait qui semblerait déposer contre nous mêmes, si nous n'ajoutions que cette fille était anémiée, chlorotique, circonstance importante, qui nous explique comment un décubitus de plusieurs jours a pu déterminer chez cette jeune fille une congestion pulmonaire, comme il s'en produit aux membres inférieurs sous l'influence de la même maladie.

Mais, d'ailleurs, Messieurs, où se font ordinairement les congestions du poumon? A sa partie inférieure et latérale. Où entend-on la respiration bronchique? Tous les observateurs ont répondu pour moi, c'est au sommet. Ainsi la respiration bronchique d'une part existe dans les parties où il ne se produit point d'hypostase, et d'autre part elle manque dans les points où il s'en produit. La conclusion se tire d'elle-même.

M. Mailliot pose en principe que l'auscultation et la percussion se doivent un mutuel concours. C'est là un principe raisonnable, et qui suscitera peu de contradictions. Mais est-ce bien pour n'avoir pas pris conseil de la plessimétrie que MM. Barth et Roger, Gérard de Philadelphie, et tant d'autres ont passé à côté de la vérité? Ou, n'est-ce pas plutôt pour avoir demandé à ce mode d'explorations plus qu'il ne pouvait lui donner réellement, que M. Mailliot a été conduit à émettre une opinion contre laquelle s'élèvent tant d'objections sérieuses? C'est par là, Messieurs, que nous terminerons une discussion qui vous paraîtra peut être bien longue; mais l'importance du sujet et le nom de l'auteur du mémoire seront notre excuse auprès de vous.

Perforation de l'appendice caecale ; péritonite consécutive ; coxalgie ; tubercules des poumons, des reins, de la muqueuse intestinale.

Par M. SIMON, interne à la Salpêtrière. (23 janvier 1846).

Le 11 décembre 1845, est entré dans le service de M. Prus, à la Salpêtrière, la nommée Champignol, âgée de 19 ans. Orpheline des enfants-trouvés, elle fut élevée à la campagne et y passa sa jeunesse. Là, il y a trois ans, elle fit une chute à la suite de laquelle elle éprouva de vives douleurs dans la hanche, puis tous les symptômes d'une coxalgie : déjà auparavant, elle avait présenté les signes d'une affection tuberculeuse des poumons, toux, crachement de sang, menstruation presque nulle et accompagnée d'accidents. — Il y a deux ans, elle fut ramenée à l'hospice des orphelins, en sortit plus tard pour entrer à la Charité, dans le service de M. Velpeau, où pendant 9 mois, on tenta vainement de guérir sa coxalgie, et enfin en quittant la Charité, elle fut admise à la Salpêtrière le 14 avril 1845. Mais sa maladie empirait chaque jour; les douleurs devenaient plus vives, les digestions difficiles; la diarrhée, et une fièvre continue produisaient un dépérissement rapide; aussi fut-elle obligée, dans le mois de décembre, d'entrer à l'infirmerie.

L'état de la malade était alors des plus graves : le membre inférieur gauche était tuméfié, douloureux. — La hanche surtout était le siège de douleurs continues et tellement vives que les plus légers mouvements lui étaient insupportables. Obligée à rester continuellement au lit, elle n'y pouvait même garder la position horizontale, et chaque soir, je la trouvais mi-couchée, mi-assise, aspirant à un sommeil qu'elle pouvait bien rarement obtenir; ses forces étaient épuisées, sa maigreur considérable, sa figure

pâle exprimait la souffrance ; la fièvre ne la quittait plus, et offrait des redoublements le soir ; elle avait perdu l'appétit ; le peu d'aliments qu'elle pouvait prendre étaient mal digérés, et fréquemment une diarrhée abondante venait augmenter sa faiblesse.

L'auscultation de la malade ne nous donna aucun signe bien caractéristique de tuberculisation pulmonaire ; à droite et au sommet, il existait une légère matité avec un peu de rudesse de la respiration, et une expiration légèrement prolongée ; il n'y avait pas de craquements sous les clavicules ; pas de respiration amphorique, ni de pectoriloquie ; du reste, la malade toussait à peine, crachait rarement et jamais de crachats suspects, n'éprouvait aucune douleur dans la poitrine.

Cet état resta à peu près le même, s'aggravant seulement un peu chaque jour, jusqu'au 13 janvier ; mais alors, les vomissements, qui étaient restés peu fréquents, se répétèrent, et la malade rejeta non seulement ses tisanes comme auparavant, mais ne put supporter ni aliments, ni boissons, même la potion de Rivière, dont chaque cuillerée était vomie immédiatement après son ingestion : la diarrhée qu'on était parvenu à maîtriser un peu jusqu'alors ne cédait plus ni aux opiacés, ni aux astringents, et des selles complètement liquides, d'une couleur verdâtre comme les vomissements, se succédaient avec une grande fréquence et épuisaient la malade.

Ainsi se passèrent trois jours pendant lesquels deux symptômes attirèrent toute l'attention, les vomissements et la diarrhée, s'accompagnant de coliques, mais peu douloureuses et d'une légère pesanteur de tête.

Puis, tout à coup, le 15 janvier, vers 4 heures du soir, la malade eut un frisson violent, et accusa une douleur excessive dans l'abdomen. L'interne de garde appelé trouve un état très alarmant : la malade est couchée sur le dos, incurvée légèrement à gauche ; la face est pâle, anxieuse ; le pouls

fréquent, petit, misérable; les extrémités froides — la malade ne répond pas; elle pousse de temps en temps des gémissements plaintifs; ses dents sont serrées; les pressions sur le ventre produisent d'une manière convulsive un renversement en arrière; mais la douleur est égale partout, et le résultat est le même, quelque soit le point de l'abdomen que l'on explore : il y a un météorisme peu considérable. On ordonne l'application sur le ventre d'une forte dose d'onguent mercuriel, la suppression de toute espèce de boissons et de lavements.... pendant la nuit, l'état s'aggrave encore, et le lendemain la malade offre un pouls à peine sensible, des extrémités froides, des dents serrées, une perte de connaissance complète : elle meurt à 8 heures du matin, le 16 janvier.

Autopsie, 27 heures après la mort.—En ouvrant l'abdomen, le péritoine et les intestins me parurent d'abord sains; mais après avoir soulevé les anses intestinales qui reposaient dans la fosse iliaque droite, je vis une partie d'une couleur violacée, et présentant au centre de l'altération une petite ouverture d'où suintait un liquide jaune-verdâtre, sale; deux ou trois cuillerées de ce liquide, répandues dans le bassin, en baignaient les organes. J'examinai alors avec soin les parties environnantes; mais il me fut impossible de découvrir aucune trace de sécrétion morbide; les intestins étaient libres partout, ne présentaient aucune fausse membrane; tout au plus y avait-il un léger pointillé rouge sur les parties du péritoine les plus voisines de la perforation. Revenant alors à cette perforation, j'y introduisis un stylet que je dirigeai en haut, et qui arriva dans le cœcum; dès lors la partie lésée me parut être l'appendice cœcale, ce dont je pus me convaincre plus tard; je coupai le colon lombaire droit, l'iléon près de sa terminaison; je détachai avec soin ces parties, ainsi que l'appendice, et voici la disposition que je constatai : l'appendice est long de 0^m,07 à peu près; elle descend dans le bassin, contractant des ad-

hérences, par son fond avec l'utérus un peu dévié à droite, par son bord droit avec la trompe utérine dans une assez grande partie de son étendue et avec l'ovaire. La perforation que j'avais constatée siège à la paroi antérieure de l'appendice, à peu près vers le milieu de sa longueur; une seconde perforation existe un peu plus haut et plus à droite près des adhérences avec la trompe; ces deux ouvertures sont larges d'une ligne à peu près, offrant des bords amincis et taillés en biseau, de telle sorte que les tuniques internes offrent une destruction plus étendue que la séreuse. La cavité de l'appendice est très dilatée, telle qu'on peut y introduire le doigt. Il y a un léger rétrécissement à l'endroit où elle se réunit avec le cœcum; du reste, cette cavité ne contient aucun corps étranger, mais seulement un peu de ce liquide qu'on voyait suinter de la perforation. — La face interne de l'appendice présente des ulcérations où la muqueuse est détruite en partie. Le cœcum présente également dans toute sa hauteur, (0^m,085 environ) des ulcérations qui en occupent tout le pourtour en forme de zone: dans ces points, la muqueuse a disparu; quelques lambeaux hypertrophiés et fongueux subsistent encore et flottent dans la cavité. Les autres membranes sont rougeâtres, violacées, fongueuses, manifestement épaissies. Plus haut le colon est sain jusqu'au milieu de l'arc à peu près, où existe une ulcération semblable à celle du cœcum; longue de 0^m,055, mais occupant seulement la face antérieure; cette seconde lésion se reconnaissait à l'extérieur par la couleur violacée de l'intestin. Dans tout le reste de son étendue, le gros intestin ne présente aucune altération. L'intestin grêle est sain dans toute sa longueur, et n'offre ni ulcérations, ni granulations tuberculeuses, ni granulations semi-cartilagineuses... Quelques ganglions mésentériques et mésocoliques présentent la dégénérescence tuberculeuse; l'estomac offre seulement un peu de ramollissement.

Telles sont les altérations qui se rencontrent dans le tube digestif ; mais la plupart des autres organes m'ont aussi présenté des lésions. Ainsi le foie était excessivement développé, s'avancait jusque dans le flanc droit près de la région iliaque, et avait subi la dégénérescence graisseuse. La rate offrait un volume légèrement plus considérable qu'à l'état normal ; elle paraissait un peu engouée ; mais je n'y ai pas trouvé de tubercules. Les reins, au contraire, offraient chacun trois ou quatre tubercules ; leur siège était dans la substance corticale, leur volume celui d'une grosse noisette ; ils étaient à l'état de tubercules crus, excepté l'un d'entre eux qui était réduit en bouillie, de telle sorte qu'exposé à un filet d'eau, il laissa une caverne à sa place, la substance tubulaire était saine et offrait sa coloration normale.

Dans la fosse iliaque gauche, au dessous du péritoine et autour des vaisseaux iliaques, étaient groupés quatre ou cinq tubercules crus, enkystés, d'un volume assez considérable, dont l'un entr'autres, d'une forme ovoïde allongée pouvait égaler un œuf de pigeon.

Le sommet des deux poumons, mais particulièrement du droit, était le siège d'une multitude de petites cavernes, grosses comme un pois, de formes diverses : celles que j'ai examinées avec soin, étaient tapissées de fausse membrane ; quelques unes offraient des anfractuosités et des brides ; elles contenaient, au lieu de matière tuberculeuse, une sanie grisâtre, sans fétidité... Egalement au sommet du poumon et entre les cavernes, existaient des granulations grises... Plus bas j'ai trouvé des tubercules crus toujours de petites dimensions et des granulations grises... Quelques-uns de ces tubercules offraient autour d'eux un léger engouement ; enfin les lobes inférieurs des poumons étaient sains.

Les plèvres saines dans la plus grande partie de leur étendue, offraient seulement aux sommets de légères adhérences, très peu étendues, très peu serrées.

Je n'ai trouvé dans le cœur aucune altération ; peut-être était-il un peu petit.

Les autres organes, le cerveau, le larynx et la trachée-artère, le pharynx et l'œsophage n'ont pas été examinés : — en disséquant les couches qui recouvrent l'articulation, je trouvai d'abord des tissus sains; mais en approchant de la capsule articulaire, les muscles et le tissu cellulaire étaient infiltrés d'un liquide visqueux, grisâtre, purulent. Nulle part ce liquide n'était rassemblé en foyer, la capsule elle-même était éraillée, perforée en plusieurs points, notamment au niveau de la partie postérieure de la hanche.

En ouvrant l'articulation, je la trouvai remplie d'une certaine quantité de pus jaunâtre, floconneux, peu fétide; il ne restait plus aucune trace ni du tissu adipeux synovial ni du ligament rond. — La cavité de l'os coxal était plus considérable qu'à l'état normal, ce qui s'expliquait par la destruction fort avancée de son cartilage articulaire; le bourrelet de la cavité du cotyloïde avait subsisté à peu près intact. — D'un autre côté, la tête du fémur avait diminué de volume : son cartilage était érodé, détruit presque partout, de sorte que la substance osseuse était à nu dans une grande étendue; — dans ces points, ainsi qu'à la surface de coupes faites dans l'épaisseur de la tête du fémur, les cellules osseuses étaient friables: leurs parois paraissaient rougeâtres, injectées, et présentaient des taches grisâtres, demi-transparentes, formées d'une matière analogue à du tissu encéphaloïde, fortement adhérentes à ces parois : dans quelques points, cependant, le tissu osseux était moins friable et présentait une teinte d'un jaune pâle. Dans ces points, la matière contenue dans les cellules se rapprochait beaucoup par l'apparence d'un pus sémi-concret.

Quelles étaient ces altérations des extrémités articulaires? je suis porté à penser qu'il y avait là réunion des deux formes d'infiltration tuberculeuses des os décrites par M. Nélaton. Mais le peu d'expérience que j'ai au sujet de

cette affection du tissu osseux, ne me permet pas de présenter cette opinion autrement que comme une probabilité, probabilité que fortifie cependant la considération de cette diathèse tuberculeuse que présentait la malade à un si haut degré.

Variole hémorrhagique grave, avec infiltration sanguine de la glotte simulant un œdème de la glotte.

Par M. BOGAOS. (4 décembre 1846).

Le 18 décembre 1846, est entré à l'hôpital Cochin le nommé Gérard (Louis), âgé de 22 ans, sans profession.

D'après le peu de renseignements qu'on a pu obtenir, le malade aurait fréquenté des varioleux, et son éruption daterait de 2 ou 3 jours; il n'a pas été vacciné.

A son entrée à l'hôpital, on constate une éruption exanthémateuse des membres et de la face, qui sont couverts de pustules affaissées et flétries, ces pustules remplies de sang noirâtre et des pétéchies violacées disséminées dans leur intervalle, présentent l'aspect d'un purpura hémorrhagica;

La face est le siège d'un gonflement œdémateux avec injection des capillaires sous-cutanés; le malade accuse en même temps une gêne considérable de la respiration; il porte la main à son cou comme pour arracher l'obstacle qui le suffoque, la voix est rauque et voilée, les inspirations sont répétées et sifflantes, tandis que l'expiration est libre; on entend, même à distance, un râle trachéal très bruyant; à la percussion résonnance normale de toutes les parties de la poitrine. A l'auscultation, on note une faiblesse extrême du murmure vésiculaire, et pendant l'inspiration un râle muqueux à grosses bulles très humide. En appliquant le

stéthoscope sur les parties latérales du larynx, l'oreille perçoit pendant l'inspiration le râle trachéal qu'on entend à distance, et qui dans ce point a son maximum d'intensité; l'expiration est seulement prolongée.

Le crachoir contient une ou deux palettes de crachats spumeux, semblables à la mousse de savon, et offrant de nombreuses stries de sang; les selles, les urines et la matière des vomissements contiennent aussi du sang presque pur et en assez grande quantité; la conjonctive elle-même est fortement injectée.

Aucuns troubles cérébraux; le malade paraît avoir conservé toute son intelligence.

L'interne de service, M. Macquet, ayant pu constater par l'introduction du doigt dans l'arrière-bouche, le gonflement de la glotte trouvé à l'autopsie, on diagnostique une variole hémorrhagique grave avec œdème de la glotte. On applique des sangsues au cou, des sinapismes aux extrémités; on pratique une saignée du bras; malgré ce traitement, les accidents redoublent, les accès deviennent intenses, et le malade succombe à 5 heures du soir, avec tous les signes de l'asphyxie.

Autopsie, 36 heures après la mort.—Sujet vigoureux et à système musculaire très développé. L'éruption n'a pas disparu et conserve les mêmes caractères.

Tube digestif. L'œsophage ne présente aucune altération; la muqueuse est pâle et sans injection.

L'estomac est à moitié rempli d'un liquide grumeleux et noirâtre, qui offre l'aspect du sang mélangé avec des boissons, la surface de la muqueuse est ecchymosée par places, et est le siège de la même éruption pétéchiiale que la peau.

L'intestin grêle est sain; le gros intestin et le rectum en particulier contiennent quelques caillots diffluent.

Appareil circulatoire. Les cavités droites du cœur sont distendues par du sang noir et semblable à de la gelée de

grosesilles; les veines en sont gorgées, tandis que le système artériel est presque complètement vide; la tunique interne du vaisseau offre une légère teinte rouge.

Les poumons crépitent peu, et laissent écouler, à la coupe, une quantité considérable de sang écumeux; la membrane interne des bronches ne présente aucune trace d'ecchymoses, et conserve sa couleur rose pâle normale.

Le cerveau est un peu congestionné, le piqueté ne disparaît pas sous ce filet d'eau; les sinus sont remplis de sang.

Les reins sont fortement congestionnés; la rate est ramollie et d'une couleur lie de vin très prononcée; le foie est pâle et décoloré.

La vessie fortement revenue sur elle-même ne contient aucun caillot, et est parfaitement saine.

L'altération la plus remarquable, et que je vais décrire en dernier lieu, a son siège au larynx et particulièrement à l'épiglotte.

L'ouverture de la glotte est presque complètement obli-térée par le gonflement des replis arythéno-épiglottiques, qui sont infiltrés d'une quantité de sang telle qu'ils ont atteint une épaisseur de deux centimètres environ. Les bords de l'épiglotte, devenus mousses et arrondis, sont repliés sur eux-mêmes de dehors en dedans; les replis arythéno-épiglottiques, renversés aussi en dedans, ont transformé l'ouverture supérieure du larynx en une fente verticale et très étroite. On conçoit, à la vue de cette disposition, que l'inspiration de l'air devait presque complètement obturer la glotte par le renversement plus complet en dedans de ces replis.

La muqueuse qui tapisse ces bourrelets est rouge noirâtre, comme fortement ecchymosée et sensiblement épaissie. Les replis arythéno-épiglottiques, sont devenus presque immobiles et ne tremblotent pas, comme dans l'infiltration séreuse; si on les incise, et si on les presse légèrement, entre

les doigts, on voit suinter de toute la surface le sang qui y est contenu; les mailles du tissu cellulaire sont distendues et semblent avoir été déchirées par épanchement.

Les replis glosso-épiglottiques sont aussi le siège du même gonflement et de la même infiltration sanguine; ils ont complètement perdu leur forme et se confondent avec le tissu cellulaire environnant; par leur énorme distension, ils empêchent l'épiglotte de se rabattre et de fermer l'orifice supérieur du larynx.

L'infiltration a envahi le tissu cellulaire des gouttières latérales et se prolonge sur les parois du pharynx et jusqu'à la base de la langue. Les cordes vocales participent elles-mêmes au gonflement, mais à un bien moindre degré; la muqueuse qui les tapisse est d'un rouge pâle; les ventricules ont presque entièrement disparu, et sont réduits à une fente presque linéaire.

Au-dessous des cordes vocales inférieures s'arrête brusquement toute altération, et la muqueuse est à peine le siège d'un peu de rougeur et d'une légère injection.

Extrait du rapport de M. MACQUET. (26 février 1847).

Les faits d'auscultation consignés dans l'observation précédente nous semblent un argument sans réplique contre la théorie de M. Beau sur la cause et le siège du murmure respiratoire, si ce murmure était seulement le retentissement du bruit qui se passe à l'arrière-gorge et à la glotte dans les deux temps de la respiration, on aurait dû constater à l'auscultation de la poitrine non pas une faiblesse du bruit respiratoire, mais une inspiration bruyante, sifflante, telle qu'on l'entendait dans la région du larynx. — L'air pénétrait en petite quantité dans les cellules pulmonaires; il y avait un obstacle au larynx, et l'autopsie l'a démontré;

l'absence du murmure vésiculaire s'explique très bien par le défaut du passage de l'air dans les dernières ramifications bronchiques.

La cause mécanique de l'asphyxie était évidente ; l'opération de la trachéotomie aurait sans doute été indiquée, si le malade n'avait pas été atteint d'une variole présentant tous les caractères de cette forme de la maladie, qui, à cause de sa gravité, a mérité le nom de *variole maligne*. On avait à redouter une hémorrhagie rebelle à tous les moyens hémostatiques, et la libre introduction de l'air dans les poumons n'aurait pu combattre les effets du virus variolique, cet empoisonnement de l'économie tout entière. — Dans les varioles on observe souvent une gêne extrême de la respiration siégeant au larynx. Dans ces cas, il faut, selon nous, ne jamais pratiquer la trachéotomie ; l'obstacle est analogue à celui qui a été décrit dans l'observation que nous analysons, l'opération est inutile, la maladie est nécessairement mortelle ; si au contraire, il est dû au développement de pustules sur les replis épiglottiti-arythénoïdiens ou sur les lèvres de la glotte, l'opération présente de graves dangers par cause de l'hémorrhagie si ordinaire lorsque le sang est altéré, lorsqu'il est diffluent ; un vésicatoire au cou a souvent fait disparaître ces accidents de suffocation dont la cause siégeait au larynx.

La lésion anatomique que vous a présentée M. Bogros s'observe rarement. On a noté des ecchymoses à la surface de la membrane muqueuse des voies aériennes ; dans aucun autre cas, nous n'avons rencontré des exemples d'un épanchement de sang aussi considérable siégeant dans les replis épiglottiti-arythénoïdiens.

M. Mailliot ne partage pas la répugnance de M. Macquet pour la trachéotomie dans la suffocation des varioleux. Il la croit utile quand cette suffocation est due à de nombreuses pustules placées sur les cordes vocales, et rapporte une idée pareille

à Ambroise Paré et à Pierre Borel, mal nommé Borelli par Sprengel.

M. *Macquet*, qui signale d'ailleurs dans son rapport le danger d'une hémorrhagie veineuse incoercible par suite de l'altération du sang, et les effets inévitables de l'empoisonnement variolique, ne rejette la trachéotomie en général qu'à cause du peu de succès qu'on en a retiré chez des individus atteints de phthisie laryngée, et même chez des varioleux dans le cas cité par M. Mailliot. Il regarde comme étant alors d'un grand secours l'application d'un vésicatoire sur la région laryngée.

M. *Mailliot* a vu, en effet, dans le service de M. Piorry, deux varioleux qui n'ont pu être sauvés par la trachéotomie. Il pense, toutefois, que dans des cas plus favorables, cette opération peut être tentée comme ressource dernière.

M. *Courtin* ne voit pas, dans la coexistence d'un gonflement des lèvres de la glotte et du murmure respiratoire, un *argument sans réplique*, comme l'avance M. *Macquet*, contre la théorie donnée par M. Beau pour les bruits respiratoires. Il devait, en effet, rester une ouverture, où se produisait un bruit susceptible de retentir dans les vésicules bronchiques.

M. *Macquet*, soutenu par MM. Mailliot et Richard, fait remarquer que le bruit produit à la glotte, et bien constaté par l'auscultation de la région laryngée, était une espèce de sifflement, tandis que l'auscultation de la poitrine faisait entendre le murmure respiratoire naturel, seulement diminué dans son intensité.

M. *Barth* voit de nombreuses objections contre la théorie de M. Beau dans les faits suivants. D'abord, la persistance du murmure respiratoire malgré l'absence du voile du palais et après la trachéotomie. En outre, la diminution du murmure respiratoire normal en raison de la compression exercée sur la glotte ou sur la trachée par une tumeur, bien que le sifflement produit par le rétrécissement des voies aériennes puisse se faire entendre dans la poitrine concurremment avec le murmure vésiculaire : enfin, il rappelle les expériences qui lui sont communes

avec M. Poumet, et dans lesquelles le murmure respiratoire persistait chez des chiens auxquels la trachée avait été coupée et ajustée au tube d'un entonnoir. Il admet, comme une des causes de ce murmure, le frottement de l'air contre les nombreux éperons résultant des divisions bronchiques.

Origine de la corde du tympan.

Par M. GROS.—(Févr. 1847), v. Bull. Soc. Anat. 1846. p. 329.

Extrait du rapport de la commission composée de MM. DEVILLE, PIÉGU, RICHARD et HÉRAUD, rapporteur.

D'après MM. H. Cloquet, Ribes et Hirzel, la branche superficielle du nerf vidien, émanée du ganglion sphéno-palatin, arrive par un trajet rétrograde au coude du facial, s'accole à ce nerf sans s'anastomoser avec lui, l'accompagne jusqu'au niveau de la base de la pyramide, au dessous de laquelle il pénètre, sous le nom de corde du tympan, dans la caisse tympanique par une petite ouverture spéciale, et se jette dans le ganglion sous-maxillaire qui se trouve ainsi en connexion avec le ganglion de Meckel.

Cette nouvelle description, en opposition avec celle des anatomistes des 16^e, 17^e et 18^e siècles, jetée d'ailleurs dans la science sans discussion, sans preuves suffisantes, fut regardée comme une pure hypothèse ; et aujourd'hui les auteurs, (Cruveilhier, Blandin), sont presque unanimes à reconnaître que la corde du tympan naît directement et exclusivement du facial.

C'est l'opinion de M. Bernard, c'est celle de M. Longet, qui fait valoir en sa faveur d'ingénieuses considérations

physiologiques: tout ganglion reçoit une ou plusieurs racines motrices, sensitives, végétatives; or la corde du tympan forme la racine motrice du ganglion sous-maxillaire; elle doit venir nécessairement du facial, au même titre que le nerf vidien, destiné dans sa presque totalité à former la racine motrice du ganglion sphéno-palatin, peut être considéré, contrairement à l'opinion ancienne, comme allant du facial au ganglion. En Allemagne, en Angleterre, la corde du tympan est généralement décrite comme en France. — Seulement quelques anatomistes, Valentin, par exemple, reconnaissent que ce filet nerveux peut être suivi jusqu'au coude du facial.

M. Bernard de Villefranche avait lui-même déjà remarqué que la plus grande partie de la corde du tympan est distincte, jusqu'au premier coude qui forme le facial au niveau du ganglion géniculaire dans lequel plusieurs filets semblent se terminer. — Mais Valentin, comme M. Bernard, n'hésitent pas à déclarer que cette corde du tympan naît exclusivement du facial. — Néanmoins, Messieurs, en démontrant que la corde du tympan peut être suivie jusqu'au coude du facial dans le point où aboutit le nerf vidien, ne vous semble-t-il pas que les anatomistes venaient de faire un premier pas vers l'opinion de Cloquet?

M. Bérard aîné et Warrentrop allèrent un peu plus loin encore, et ils adoptèrent une opinion mixte. — M. Bérard aîné, frappé de l'altération du goût que l'on remarque quelquefois dans les hémiplegies faciales, s'exprime ainsi : « Ces faits paraissent en opposition avec la doctrine que je professe, savoir que la septième paire est un nerf de mouvement, et non de sentiment; mais je m'en suis rendu compte en admettant que la corde du tympan, branche du facial, est renforcée par le nerf vidien, branche de la cinquième paire, et à ce titre nerf de sentiment. » Toutefois ce dernier membre de phrase semblerait indiquer plutôt une hypothèse ingénieuse qu'un fait anatomiquement

démontré, et ce qui le prouve, c'est que quelques lignes plus haut M. Bérard dit : « Mes dissections ne me permettent pas de partager l'opinion de MM. Ribes, Cloquet, Hirzel; j'ai reconnu avec Meckel, Arnold, et les anatomistes les plus exacts qu'il est impossible de suivre le filet vidien jusqu'à la corde du tympan. »

C'est cette continuité que M. Gros s'est efforcé de démontrer sous les yeux de votre commission. Les dissections ont été faites presque exclusivement sur des têtes de cheval. — Nous avons regretté que chez l'homme la finesse des objets rendît la démonstration difficile. Une pièce nous a paru toutefois confirmative des résultats obtenus sur les animaux, et cette circonstance, aidée d'ailleurs par les analogies de composition qui existent entre le cheval et l'homme, permettent peut-être de conclure de l'un à l'autre.

Si donc sur une tête de cheval qui aura préalablement macéré dans l'acide nitrique étendu, on vient à mettre à découvert la corde du tympan, le facial et la terminaison du nerf vidien, on voit la corde du tympan se détacher du facial dans le point assigné par tous les anatomistes, c'est-à-dire à la partie inférieure de l'aqueduc de Fallope. Mais en même temps on l'aperçoit se continuant d'une manière évidente avec un faisceau du facial, lequel faisceau saillant à la partie externe, et un peu inférieure du nerf, remonte jusqu'à son premier coude. Est-ce une simple apparence expliquée par la disposition fasciculée du nerf de la septième paire? c'est peu probable, car ce faisceau très distinct, continu avec la corde du tympan-disparaissait, au dessous du point où naissait ce rameau. — Nous avons alors cherché à déterminer d'une manière plus précise la connexion de la corde du tympan avec ce faisceau que pour plus de clarté, nous nommerons faisceau intermédiaire. — La corde du tympan a été coupée non loin de son origine et au moyen de tractions légères dirigées de bas en haut sur le bout

qui tenait au facial; nous avons pu décoller la corde du tympan jusqu'au coude du facial, et il nous a été facile de remarquer trois ou quatre filets très grêles qui réunissaient le facial et le faisceau intermédiaire. Ces faits, nous les avons vérifiés sur toutes les pièces de cheval; ils étaient également manifestes sur une tête d'homme, et mettaient hors de doute ce premier résultat en accord, comme je l'ai dit plus haut avec les dissections de MM. Bernard et Valentin, que la corde du tympan a une origine réelle différente de son origine apparente.

Il s'agissait maintenant de démontrer que la corde du tympan ne s'arrête pas en ce point; qu'elle ne remonte pas davantage vers le tronc du facial, comme l'indique M. Bernard, mais qu'elle se continue avec le nerf vi lien.

Or voici la disposition que nous avons constatée sur des pièces préparées par M. Gros. La branche superficielle du nerf vidien, arrivée à quelques millimètres du coude du facial, se divise en plusieurs filets, le plus souvent en deux filets principaux qui représentent les deux côtés d'un petit triangle dont la base serait formée par le facial. — C'est au centre de ce triangle que se trouve cette intumescence ganglionnaire admise par les uns, rejetée par les autres, et qui, dans un cas surtout, nous a paru mériter entièrement le nom de ganglion. — Des deux branches de bifurcation du nerf vidien ci-dessus mentionnées, l'une se dirige en dedans et se jette dans le facial près de son origine encéphalique. Nous n'avons pas à nous occuper de ce filet qui, pour le dire en passant, peut tout aussi bien être considéré comme allant du facial au ganglion sphéno-palatin dont il formerait la racine motrice. — L'autre branche, à peu près d'égal volume, se dirige en bas, s'accolle au facial, et se continue avec un faisceau, qui n'est autre que ce même faisceau intermédiaire déjà décrit, autrement dit, que la corde du tympan prolongée. — Cette continuation est évidente chez le cheval; chez l'homme, la démonstration en

est moins nette; la ténuité des filets, la présence du ganglion, la persistance du névrilemme, en sont les principales causes. Nous pourrions donc établir ce second fait, que chez le cheval, et probablement aussi dans l'espèce humaine, une branche importante du nerf vidien se continue avec la corde du tympan. Reste maintenant la question de savoir si la corde du tympan est exclusivement formée par cette branche du nerf vidien, comme l'avancent H. Cloquet, Ribes et Hirzel, comme le donnait à entendre M. Gros dans la communication qu'il fit à la société, ou bien si d'autres filets nerveux n'entrent pas dans sa composition. Nous avons déjà parlé de trois ou quatre filets très grêles, qui réunissent le facial et le faisceau intermédiaire. — D'après la direction en sens inverse de ces ramuscules, il semblerait que les uns se portent du facial à la corde du tympan, les autres, au contraire de la corde du tympan au facial. Mais ce ne sont pas les seuls rameaux que reçoit la corde du tympan. Nous signalerons encore :

1° Un filet court, assez gros, envoyé par le ganglion géniculé, au moment où le nerf vidien s'accôle au facial. — Ce filet, nous ne l'avons vu que chez le cheval ;

2° Un rameau, envoyé par le facial au niveau de son coude et d'autant plus remarquable qu'on aurait pu, dans quelques pièces, croire qu'il se continuait directement avec la corde du tympan.

3° Au moment où la corde du tympan se détache du facial, elle reçoit deux filets du rameau auriculaire d'Arnold. Ces deux filets, auxquels M. Gros attache une certaine importance, sont très gros sur le cheval.

4° Enfin, sur les pièces remarquables préparées par M. Cusco pour le concours du prosectorat, nous avons aperçu un petit filet provenant du ganglion cervical supérieur, et s'accolant à la branche du vidien qui se continue avec la corde du tympan.

Ainsi, vous le voyez, Messieurs, la corde du tympan est

un nerf très compliqué, à la formation duquel concourent le nerf de la cinquième paire par le vidien, le facial, le ganglion géniculé, le pneumo-gastrique, et le grand sympathique. Il serait donc faux de faire provenir la corde du tympan du facial exclusivement, tout comme il serait inexact de ne voir dans la corde du tympan que le nerf vidien prolongé; néanmoins, nous devons déclarer que l'origine principale de la corde du tympan est le nerf vidien, les autres filets, notamment ceux du facial, ne peuvent en aucune façon lui être comparés pour le volume. — C'est un point très important que les recherches de M. Gros ont mis hors de doute. Cette nouvelle manière de considérer la corde du tympan est-elle susceptible d'éclairer la physiologie mystérieuse de ce rameau nerveux? c'est ce que je me propose d'examiner en terminant.

Il est incontestable que la corde du tympan joue un rôle dans la gustation. — L'anatomie nous montre d'une part ce nerf se distribuant à la muqueuse linguale, et la pathologie nous enseigne que l'altération du goût est un symptôme assez fréquent dans la paralysie du nerf facial. — Les usages assignés par les physiologistes à la corde du tympan permettent-ils d'expliquer ce fait singulier? Je ne parlerai pas de l'opinion erronée de Bellingeri, qui, regardant le facial comme un nerf sensitif, admet que la corde du tympan est chargée de transmettre au cerveau les impressions gustatives.

M. Longet partage les idées d'Arnold sur la distribution presque exclusive de la corde du tympan dans le ganglion sous-maxillaire, et ultérieurement dans le canal de Wharton, qui devrait ainsi sa contractilité au facial par l'intermédiaire de la corde du tympan. Il attribue l'altération du goût dans l'hémiplégie faciale à cette circonstance, que la commissure labiale paralysée donne quelquefois écoulement à une certaine quantité de salive, d'où résulte un léger dessèchement du rebord de la langue qui correspond

au côté de la paralysie. — J'avoue qu'il me paraît difficile d'accepter cette explication. — Le conduit de Wharton reçoit sans doute des filets de la corde du tympan; ce sont probablement les petits rameaux que nous avons dit venir du facial; mais il est certain également qu'une forte partie de la corde du tympan va à la muqueuse linguale; c'est le rôle de ces filets que M. Longet n'explique pas, bien qu'il semble lui-même le supposer digne d'intérêt; ce sont ces filets seuls qui nous rendront compte de l'altération gustative survenue dans l'hémiplégie faciale. — Pour que la théorie de M. Longet fût vraie, il faudrait, comme le fait remarquer M. Bernard, que l'observation démontrât la paralysie faciale suivie d'un léger dessèchement de la langue, et en supposant que le phénomène se produisit, il serait utile d'expliquer pourquoi l'altération du goût s'arrête sur la ligne médiane, alors que la salive peut s'étendre et passer d'un côté à l'autre. Avec M. Bernard, nous pensons qu'il est survenu une modification dans le tissu même de la muqueuse linguale, plutôt qu'une irrégularité dans la distribution des liquides à sa surface; mais nous différons sur la nature de cette modification. L'hypothèse des mouvements des papilles linguales nécessaires à toute bonne gustation, nous semble tout à fait gratuite, et en quelque sorte imposée à M. Bernard par l'opinion qu'il s'est formée sur l'origine de la corde du tympan au facial. — Si la corde du tympan est un nerf moteur, elle doit être destinée à des muscles; de là, l'hypothèse des fibres musculaires imperceptibles dans les papilles et des mouvements obligés de la muqueuse linguale. Mais si nous venons à montrer que la corde du tympan est plutôt un nerf sensitif qu'un nerf moteur, alors n'aurons-nous pas l'explication naturelle de sa distribution à une muqueuse? si de plus nous prouvons que c'est la 5^e paire qui fournit les fibres sensitives, n'est-il pas rationnel de penser que la corde du tympan est destinée à transmettre au cerveau l'impression des saveurs au même titre

que le lingual auquel elle s'accôle, et qui est également une branche de la 5^e paire.—Ce serait, en définitive, l'opinion de M. Bérard aîné, mais cette fois appuyée sur un fait anatomique, démontré le scapel à la main.

Dans cette théorie, les nerfs du goût seraient le glosso-pharyngien pour la base de la langue, le lingual et la corde du tympan (en partie du moins) pour les deux tiers antérieurs, et de cette façon s'expliquerait très bien, pourquoi dans les lésions de la corde du tympan, il y a simplement diminution du goût, et non abolition complète. — Il n'y a d'altéré qu'une portion des nerfs gustatifs, puisque le lingual reste intact; c'est peut-être même parce que l'intégrité du sens du goût importe tant à la conservation de l'individu que nous voyons la nature ne pas confier à un seul nerf le soin de transmettre au cerveau les impressions sapides, mais au contraire, multiplier leur nombre, et leur donner une origine éloignée.

M. *Cusco* rappelle que, dans les pièces déposées par lui au mois de novembre dernier, à la faculté, pour le concours de prosectorat, on voit un filet du rameau carotidien du grand sympathique se diriger vers le coude du facial, et des portions de ce filet descendre vers la corde du tympan. Il a signalé aussi, et l'on voit sur les mêmes pièces, deux filets du rameau de Jacobson qui vont s'anastomoser avec le facial entre le coude de ce nerf et l'origine de la corde du tympan; il serait possible alors que, par l'intermédiaire de ses anastomoses, la corde du tympan déjà si complexe reçût aussi des filets du nerf glosso-pharyngien.

Suivant M. *Gros*, le filet que M. *Cusco* dit avoir trouvé allant du plexus tympanique au facial est connu depuis longtemps, puisque les Allemands parlent même de plusieurs filets allant du facial au plexus tympanique. M. *Gros* ne croit pas non plus avoir méconnu ce filet, ni ses rapports avec l'origine de la corde du tympan; car depuis longtemps ses dissections l'ont

conduit à envisager ces derniers d'une manière à la fois nouvelle et plus simple. « Qu'on se représente, ajoute le même « auteur, trois organes marchant parallèlement dans le rocher, « au moins dans une partie de leur trajet celle qui répond à la « caisse du tympan ; nerf facial, rameau de Jacobson et artère « carotide avec ses nerfs satellites ; le rameau de Jacobson, intermédiaire, est à une distance à peu près égale du facial et « de la carotide ; il va droit à la trompe d'Eustache, jusqu'au « pavillon sur lequel il se termine ; cette branche de la trompe « est, selon moi, la véritable continuation et terminaison du rameau de Jacobson, soit pour la direction, soit pour le volume ; une autre branche moins forte, paraît cependant être « aussi une des branches de la bifurcation terminale du rameau de Jacobson : c'est celle qui va au nerf vidien du côté « du ganglion de Meckel, et par lui sans doute au voile du palais ; et remarquons que cette double terminaison à la trompe « d'Eustache et au voile du palais se trouve être parfaitement « en harmonie avec le reste de la distribution du nerf glosso-pharyngien dont le rameau de Jacobson émane.

« On connaît le rameau carotidien du plexus tympanique, et j'ai dit plus haut que le filet ou mieux les filets tympaniques venus du facial sont aussi connus ; eh bien ! j'ai remarqué que les filets aboutissent au même point du plexus tympanique, qu'ils ont le même volume, et la même direction *transversale*, en sorte qu'ils m'ont paru véritablement se continuer l'un avec l'autre, en coupant crucialement le rameau de Jacobson ; il y a pourtant adhérence au point d'intersection, en sorte que je n'oserais affirmer qu'il y a simple entrecroisement ; les objets sont tellement petits qu'il ne m'a pas été possible de me former une certitude à cet égard, toujours est-il cependant, que c'est en cette disposition cruciale que m'a paru consister essentiellement le plexus tympanique dont la description laisse encore, comme on sait, beaucoup à désirer.

« Deux rameaux, le premier plus grand, parallèle au facial et à la carotide, allant au pavillon de la trompe ; le deuxième, plus petit,

allant du facial à la carotide en coupant perpendiculairement le premier ; telle m'a paru être la disposition fondamentale du plexus tympanique chez l'homme. J'ajouterai, pour ne laisser aucune arrière-pensée, que le premier rameau, rameau de Jacobson proprement dit, est blanc d'un bout à l'autre, tandis que le second est gris ; le premier est donc une branche collatérale du glosso-pharyngien, tandis que le second me semble appartenir au grand sympathique, et établir une anastomose entre celui-ci et le nerf facial. » (1)

Rupture du cœur.

Par M. CAMPBELL, interne des hôpitaux.

M. Leroy, âgé de 76 ans, pensionnaire à Ste Périne depuis 10 ans, ayant autrefois beaucoup aimé les femmes et le jeu, d'habitudes d'ailleurs fort douces et ne se livrant à aucun excès depuis sa retraite, éprouvait de temps en temps de légers étourdissements accompagnés d'éblouissements et de bourdonnements d'oreilles. Il était sujet à faire des chutes quand ces vertiges le prenaient. Il était doué d'ailleurs d'un tempérament sanguin très prononcé, et jouissait d'une assez grande activité des fonctions intellectuelles et motrices.

Le 3 mai dernier, il fit une chute en montant l'escalier. Une saignée de deux palettes fut pratiquée, qui soulagé immédiatement le malade. Sa santé avait paru s'améliorer de jour en jour ; il n'avait plus éprouvé de vertiges, lorsque le 22 juillet il se plaignit de sentir une grande pesanteur de tête, une sensation pénible d'étourdissement et une douleur qui s'étendait depuis le sternum jusqu'entre les deux

(1) Extrait d'une note écrite, déposée par M. Gros.

épaules. Le pouls est faible, mais régulier, d'un rythme normal. Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers.

Le 23 juillet, l'embarras de la tête continue. Saignée de 3 palettes, sang riche, non couenneux. Le 24, le malade ne se plaint plus ni de la tête ni de la douleur de poitrine. Il se repose néanmoins tout le jour.

Le 25, il va bien, se lève et sort.

Le 26. Il va se promener, entre au café le soir, y prend une demi tasse de café et un petit verre d'eau de vie (chose qui ne lui arrivait que rarement; il rentre coucher dans sa chambre à 10 heures du soir, et le lendemain, à 8 heures du matin, il fut trouvé mort dans son lit, les jambes pendantes à terre, comme si la mort l'eût surpris au moment où il voulait appeler du secours. Le corps était presque froid.

Autopsie, environ 24 heures après la mort. *Cavité crânienne*. Quantité notable de liquide céphalo-rachidien. Infiltration albumineuse au-dessous du feuillet viscéral de l'arachnoïde. La substance cérébrale est peu consistante au toucher. Les vaisseaux ne sont pas gorgés de sang. Incisée, la substance cérébrale est plus molle qu'on ne la trouve ordinairement. Les ventricules ne renferment presque pas de liquide; le corps strié du côté gauche, comparé à celui du côté droit, offre un ramollissement notable, rendu très sensible par le toucher et le filet d'eau. L'olive du cervelet du côté gauche offre une consistance beaucoup moindre que celle du même corps du côté droit.

La *protubérance annulaire* ne présente rien d'anormal.

Cavité thoracique. A l'ouverture du thorax, on voit, à la région du cœur une masse volumineuse conique, à base appuyée sur le diaphragme, et dont le sommet est caché par les lobes supérieurs des poumons. Elle est de couleur bleuâtre, molle, élastique sous le doigt. Cette masse n'est autre chose que le péricarde énormément distendu par du sang épanché. En écartant les bords antérieurs des pou-

mons, on voit que cette tumeur monte jusqu'à la limite du péricarde sur l'aorte et l'artère pulmonaire. Cette tumeur avait en dimensions :

Depuis la naissance de l'aorte jusqu'à la partie inférieure gauche de la tumeur 0^m,16.

Du même point jusqu'à sa base par une verticale 0^m,12.

La largeur de la tumeur à sa base était de 0^m,13 environ.

J'enlève de la cavité thoracique le cœur avec le péricarde et la crosse de l'aorte. J'incise le péricarde sur sa face antérieure : un caillot fort consistant, moulé sur la forme intérieure de la cavité séreuse, enveloppe le cœur, et présente une grande épaisseur à la face antérieure surtout. Ce caillot pesait 430 g.; après l'avoir détaché du cœur on aperçoit à la partie inférieure de la face antérieure du ventricule gauche, à un pouce environ de la pointe extérieure du cœur une fente très irrégulière, à bords déchiquetés, verticalement dirigée dans l'étendue de deux centimètres environ. De petits caillots sanguins restent adhérents aux bords inégaux de la fente. La séreuse, le tissu adipeux et le tissu musculaire du cœur offrent une teinte violacée rouge dans l'étendue de deux centimètres environ autour de la solution.

Voilà pour l'aspect extérieur de la rupture.

En fendant le ventricule gauche, de manière à ne point intéresser la lésion, on remarque que le ventricule gauche est affecté de dilatation avec hypertrophie des parois. Il y a un amincissement notable de la paroi ventriculaire à l'endroit de la rupture. Le tissu musculaire est pâle; deux ou trois colonnes charnues sont ramollies dans leur tissu, et ont cédé au niveau de la rupture qui est obliquement taillée dans le tissu musculaire de l'organe. A cause de l'intrication des colonnes et de la présence des aréoles par elle formées, on saisit beaucoup moins bien qu'à l'extérieur l'étendue de la lésion. Le ventricule gauche est occupé par un caillot sanguin volumineux, dont une por-

tion pénètre dans la fente, à la manière d'un bouchon pour aller rejoindre les eaux épanchées dans le péricarde.

Il y a rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

L'orte, depuis sa naissance jusqu'à sa crosse, est fortement dilatée; elle est un peu rétrécie au niveau des gros vaisseaux; puis l'anévrysme se continue au delà; puis le vaisseau diminue insensiblement, de manière à former un tronc fusiforme. Il y a rétrécissement et insuffisance des valvules aortiques.—Les parois de l'artère sont épaissies et encroûtées dans une fort grande étendue de plaques ossifiées et cartilagineuses. La portion thoracique de l'aorte est particulièrement ossifiée; elle l'est surtout à son passage dans le trou diaphragmatique.

Le tronc brachio-céphalique et les autres gros vaisseaux naissant de la crosse sont dilatés à leur origine.

L'artère coronaire gauche ou antérieure est ossifiée jusqu'au niveau de l'endroit rupturé.

Les cavités droites, l'artère pulmonaire et ses valvules n'offrent rien de particulier.

Les poumons sont très sains.

Rien d'anormal dans l'abdomen.

Tumeur fibro-celluleuse de l'utérus.

Par M. JULES GODART, externe à l'Hôtel-Dieu. 26 mars 1849.

Le 17 mars 1847, est entrée dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 11, une femme nommée Capus (Marie-Joseph,) journalière, âgée de 55 ans, née à Savignac, (Aveyron) demeurant à Paris, rue Prince, n° 4.

Examinée à la visite du 18, cette femme nous présente l'état suivant : elle éprouve beaucoup d'oppression, son pouls bat 124 fois par minute ; la maigreur est extrême ; depuis un an, dit-elle, elle a eu de la toux, des crachements de sang, des sueurs, du dévoiement.

La percussion trouve un son sec sous la clavicule gauche, de la sonorité sous la clavicule droite. En avant, la respiration est bronchique sous la clavicule gauche : à droite, elle est caverneuse, et dans les grandes inspirations, on y entend des ronchus sous crépitant à grosses bulles. En arrière, au sommet gauche, l'expiration est très prolongée. Au sommet droit, la respiration est caverneuse ; il y existe du gargouillement, une bronchophonie éclatante, s'étendant jusqu'à 3 pouces de la base de la poitrine. Cette femme est donc atteinte d'une affection tuberculeuse, arrivée à la dernière période. Mais de plus elle porte à l'abdomen une tumeur volumineuse, dont la présence ne pouvait ni la gêner, ni l'inquiéter.

Cette tumeur est hémisphérique, du volume de la tête d'un adulte, ayant 6 centimètres de relief, étendue en bas jusqu'au niveau du bord inférieur de la symphyse pubienne ; en haut, jusqu'au niveau d'une ligne qui passerait sous le bord inférieur des 12^e côtes, et de chaque côté, à 3 centimètres des épines iliaques antéro-supérieures. Elle présente à la partie inférieure, une sorte de fluctuation obscure. Les membres inférieurs ne sont nullement œdématisés. Interrogée au sujet de cette tumeur, la malade nous dit qu'elle a cessé d'être réglée il y a seulement un an ; que jusque là elle l'avait été régulièrement ; qu'elle n'a jamais été enceinte, et qu'il y a 12 ans elle est entrée à l'Hôtel-Dieu pour une perte utérine. La mort étant arrivée le soir même, à 9 heures, on n'eut pas le temps d'ausculter la tumeur, et de recueillir les détails nécessaires pour compléter l'observation.

Autopsie, 36 heures après la mort. — La paroi antérieure

de l'abdomen étant enlevée, on voit la tumeur remplissant le petit bassin, la région hypogastrique et la région ombilicale. On peut sur les côtés introduire la main entre les parois du petit bassin et la tumeur. Elle est recouverte en avant par le grand épiploon, qui lui adhère par son bord inférieur, mais qu'on en décolle facilement. Au dessus d'elle se voit le colon transverse, à sa droite le colon ascendant; à sa gauche un paquet d'intestins grêles.

La vessie est placée au-dessous et au devant d'elle; elle est vide; sa cavité pourrait contenir le poing d'un enfant; sa surface interne est d'un blanc rosé. A la partie postéro-inférieure de la tumeur, on voit la face postérieure du corps de l'utérus qu'on reconnaît facilement à sa coloration plus foncée que les parties voisines, à sa forme triangulaire, à son bord supérieur convexe, enfin à l'insertion des trompes à ses angles, etc. Immédiatement au-dessous se voit le col de cet organe; une incision médiane verticale ayant divisé toutes les parties, excepté la paroi postérieure du vagin, du col, du corps de l'utérus, on reconnaît alors clairement là les cavités du vagin, du col et du corps de la matrice; de plus, on voit une tumeur volumineuse, d'aspect fibreux, située dans l'épaisseur de la paroi antérieure de cet organe.

La tumeur est ovoïde, son grand diamètre vertical a 0^m,20, son diamètre antéro-postérieur 0^m,16, sa grande circonférence 0^m,54. Elle présente une enveloppe propre fibro cellulaire qui se distingue par sa mollesse et son défaut de consistance du tissu de l'utérus auquel elle adhère fortement, mais dont elle peut être séparée.

Son tissu est blanc, constitué par des fibres entrecroisées en différents sens et du tissu cellulaire contenu dans les intervalles. Sa consistance est peu considérable, plus grande dans sa moitié supérieure que dans sa moitié inférieure; il renferme çà et là dans son épaisseur, des noyaux plus exclusivement fibreux, et par conséquent plus durs.

Il est infiltré de liquide, légèrement œdématisé, et c'est cette circonstance qui rend compte de la fausse fluctuation qu'on percevait à sa partie inférieure. Ce tissu, examiné au microscope par mes amis MM. Robin et Corvisart, a présenté tous les caractères du tissu fibreux et du tissu cellulaire. En aucun point on n'a trouvé de globules cancéreux.

La paroi antérieure du corps de l'utérus se divise en deux parties: l'une présentant une épaisseur assez considérable (1), est placée en arrière de la tumeur qu'elle sépare de la cavité utérine. Son tissu est assez ferme, blanc rosé. Ses sinus sont très dilatés; près du col ils permettent l'entrée facile de stylets; au voisinage de la tumeur, ils peuvent recevoir le doigt auriculaire, et contiennent du sang noir en partie liquide et partie coagulé. — L'autre portion de cette paroi (2) se réfléchit de dedans en dehors et de bas en haut en se continuant avec les bords de l'organe, et va former une enveloppe au reste de la tumeur. Le tissu utérin qui forme cette enveloppe se présente sous l'aspect de lames blanches très denses qu'on peut isoler les unes des autres. Sa surface interne est adhérente à la tumeur, mais peut en être séparée. Sa surface externe, revêtue par le péritoine se continue avec la face postérieure de l'utérus. Elle est généralement lisse, d'un blanc rosé, mais cependant elle présente dans son tiers supérieur des plaques blanches, dures, aplaties, de formes irrégulières ayant la plupart de un à deux millimètres de diamètre, quelques unes jusqu'à 0^m,01. Ces plaques paraissent de nature fibreuse, et l'œil et le microscope sont d'accord sur ce point.

La cavité du corps (3) est vaste, les cavités infundibulifor-

(1) Epaisseur en bas 0,03 (n° 1). Epaisseur en haut 0,015.

(2) Epaisseur 0^m,01 à 0,02.

(3) Longueur de la cavité du corps 0,055.

mes très profondes. La paroi postérieure (1) qui n'a aucun rapport avec la tumeur, est épaisse, ferme, colorée en rose foncé. Elle renferme dans son épaisseur une tumeur de la grosseur d'une noisette. A sa face postérieure on voit aussi une autre petite tumeur ovoïde, de la grosseur d'un haricot, adhérente au tissu utérin au moyen d'un pédicule long de 0^m,01, et revêtue par le péritoine qui lui forme une enveloppe. Ces deux petites tumeurs sont denses; elles crient sous le scalpel, leur coupe est blanche, formée de zones concentriques; le centre de la tumeur pédiculée est ossifié. Elles sont évidemment de nature exclusivement fibreuse, et le microscope l'a encore démontré. Le col de l'utérus (2), ferme et blanc rosé, présente dans son épaisseur une petite tumeur fibreuse, de la grosseur d'un grain de chenevis. La portion vaginale se présente sous l'aspect d'un bourrelet circulaire, ses lèvres sont entières, l'orifice permet l'entrée facile d'une sonde ordinaire. La cavité du col est bien prononcée; elle présente trois colonnes longitudinales saillantes reliées par des colonnes secondaires obliques et parallèles. Les trompes, les ligaments ronds, les ligaments de l'ovaire sont dirigés en avant et en bas.

Les ovaires se trouvent situés sur les côtés du col. L'ovaire droit incisé contient dans son épaisseur un petit kyste séreux ayant 0^m,01 de diamètre, à parois assez résistantes. Le vagin présente sa couleur et sa consistance normales.

Le poumon droit adhère fortement à la plèvre costale; il présente au sommet trois cavernes qui peuvent recevoir l'extrémité du doigt. Une vaste caverne ayant 6 cent. de

(1) Hauteur de la face postérieure du corps 0^m,09. Largueur au niveau de l'ouverture des trompes 0,11. Epaisseur 0^m,02 à 0^m,025.

(2) Hauteur de la face postérieure du col 0,035. Epaisseur des parois 0,015.

hauteur existe à la partie moyenne de son lobe inférieur à 1 cent. de sa face externe. Sa base présente des tubercules crus volumineux et des granulations qui se voient dans tout le reste de son étendue. Le lobe supérieur du poumon gauche est criblé de granulations tuberculeuses. Elles sont plus rares dans le lobe inférieur.

Le cœur petit n'offre rien de remarquable. — Les veines iliaques et fémorales contiennent du sang noir liquide, et ne présentent pas de traces de compression.

Le foie déborde un peu les côtes, la coupe est rougeâtre comme à l'état normal, et ne graisse pas le scalpel.

Dans l'épaisseur du feuillet autour du grand épiploon existe un kyste séreux d'aspect moniliiforme, ne contenant pas d'hydatides.

L'estomac, le cerveau, les intestins, le pancréas, la rate, les reins, ne présentent rien à signaler. Les uretères ne sont pas dilatés.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXII^e ANNÉE.

BULLETIN N° 6 (Juin 1847).

révisé

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, POUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*
— 1. Cancer des os. — 2. Cancer du maxillaire supérieur.
— 3. Pied bot valgus — 4. Cœur d'un monstre monocéphale.
— Deux langues latérales. — 5. Hernie diaphragmatique. —
6. Antéflexion de l'utérus. — 7. Tumeur blanche du coude.
— 8. Abscès du cœur. — 9. Induration de la valvule mitrale.
— 10. Anévrisme de l'aorte. — 11. Aponévroses de l'aîne
— 12. Tumeur encéphaloïde du cervelet.
- B. — *Tumeur de l'utérus simulant une grossesse.*
- C. — *Grossesse extra-utérine tubo-abdominale (observation
et rapport).*
-

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. M. *Bleu* montre un exemple de généralisation du cancer,
sur une femme de 56 ans, traitée pendant trois mois pour une

sciatique double dans le service de M. Louis. Cette femme se cassa une cuisse en allant au bassin, et fut transportée dans le service de M. Blandin. A partir de ce moment, il y eut de la rétention d'urine jusqu'à la mort, et vers la fin, quelques évacuations involontaires d'urine et de matières fécales. Cette malade avait la tumeur cancéreuse; son expectoration n'offrait rien de caractéristique. Dans les deux derniers jours, il y eut des symptômes cérébraux, de l'engourdissement et des fourmillements dans les membres, et la mort survint. A la base du poumon droit, on trouve une tumeur encéphaloïde enkystée du volume d'une grosse noix; l'autre poumon est sain et ne contient pas de tubercules. Dans le foie, on voit des tumeurs isolées, marronnées et enkystées. Le pancréas contient, à sa surface et dans sa profondeur, deux tumeurs encéphaloïdes crues, enkystées, la première du volume d'une noisette, la seconde de celui d'un pois. La dure mère adhère à l'un des pariétaux; la matière interposée est encore du cancer, et l'os est érodé dans la portion correspondante à cette dégénérescence de la dure-mère: les circonvolutions cérébrales sous-jacentes ne sont point altérées. L'utérus, les mamelles et l'estomac étaient sains. Dans la vésicule biliaire, on voit un fungus cancéreux libre et flottant, et plusieurs petites tumeurs sous la membrane muqueuse. Le fémur gauche, un peu plus gros qu'à l'état sain, présente une fracture oblique de bas en haut et de dedans en dehors; à l'autopsie, le péroné du même côté s'est brisé sous les doigts: sur ces deux os, les aréoles du canal médullaire sont infiltrées de cancer mou. Du côté de la fracture, il y avait une ecchymose de la cuisse; le vaste interne était dur et très injecté de sang. A la partie postérieure de la crête iliaque, il y a une dénudation de l'os, et un vaste foyer contenant un liquide sanieux, lie-de-vin au-dessus du fessier. Le long de la colonne vertébrale lombaire, et dans le bassin, il y avait aussi des tumeurs cancéreuses, dont une comprenait le plexus-sacré du côté gauche; dernière circonstance qui inspire à M. Bleu l'idée de prendre de nouveaux renseignements pour savoir si la malade a souffert véritablement d'une double sciatique.

Dans la plupart des os longs, on a trouvé du cancer encéphaloïde à tous les degrés de développement, contenu dans le canal médullaire et ayant déjà gagné le tissu compacte en quelques points. Dix côtes environ étaient ainsi envahies : on y voyait des tumeurs qui semblaient nées du périoste, et à gauche, une fracture en voie de consolidation, malgré l'altération des os. Pendant la vie, la malade avait souffert d'un point-de-côté, de ce même côté gauche. Les masses encéphaloïdes situées le long de la colonne vertébrale pénétraient dans le tissu osseux des vertèbres. A la hauteur du foyer mentionné plus haut, il y avait une large communication, par destruction de l'os, entre les deux fosses iliaques interne et externe.

M. *Lacanal* rappelle une fracture de cuisse analogue, présentée par lui il y a 4 ans. Il y avait dans le canal médullaire du fémur des noyaux cancéreux, autour desquels s'était faite une résorption du tissu osseux très propre à faciliter les fractures. Le même membre signale dans le cas actuel l'aspect tuberculeux des cancers marronnés du foie.

M. *Thibault* a donné aussi en 1844 une observation dans laquelle tout le tissu osseux était envahi. Mais dans ce cas, les os n'étaient pas fragiles; l'hypertrophie les avait rendus plus durs. Il y avait dans la fosse iliaque interne des stalactites osseuses entre les aiguilles desquelles existait de la matière cancéreuse.

M. *Caudmont* en a rencontré à l'hôpital Necker un autre exemple, où la dégénérescence cancéreuse avait amené une fracture de côte, et où tous les organes étaient envahis par le cancer.

M. *Macquet* a vu, dans le service de M. Bouvier à la Salpêtrière, en 1844, une tumeur cancéreuse sur le trajet du nerf sciatique qui avait été pendant la vie le siège d'une névralgie. Il y avait aussi dans ce cas une dégénérescence cancéreuse des os. Selon lui, il y aurait de l'intérêt à rechercher dans ces diverses observations le point de départ du cancer; sur le sujet de de la présentation, il paraît avoir été dans le poumon, dans le foie et dans le pancréas; il aurait été dans le bassin, sur le sujet dont M. Macquet vient de rapporter l'observation.

M. *Pigné* fait remarquer combien cette production multiple de tumeurs cancéreuses à divers états milite en faveur de l'identité du tissu cancéreux dans ses différentes formes. Ainsi, sur ce même sujet, on trouve dans le poumon une petite tumeur dure et une grosse tumeur hématoïde avec un noyau de cancer mélanique; dans la vésicule biliaire, on trouve un fungus encéphaloïde circonscrit, exemple peu commun, et qui mérite d'être opposé aux faits de cancer colloïde diffus recueillis par M. *Durand-Fardel*. (Bull. Soc. ana.); sur la dure-mère, on trouve du cancer colloïde, etc. Ces tissus, d'aspects différents, sont évidemment le produit d'une même cachexie; et peut-être qu'un examen plus complet, en faisant découvrir du squirrhe dans quelque organe, confirmerait d'autant plus cette idée.

2. M. *Broca* montre un maxillaire supérieur extirpé le 31 mars par M. *Blandin*, sur un homme affecté d'une tumeur cancéreuse de cet os que le malade ne fait remonter qu'à 7 mois. Les dents étaient solides, et la voûte palatine non altérée: aujourd'hui le malade va bien. Le canal sous-orbitaire était envahi par la tumeur; cette circonstance a suggéré à M. *Broca* l'idée de s'assurer, avant l'opération, de la sensibilité de la joue malade. Par une singularité remarquable, la sensibilité y était assez exaltée pour que deux piqûres faites avec deux pointes d'épingles très rapprochées y fussent perçues comme deux sensations distinctes. Le malade avait souffert quelques mois auparavant d'une névralgie dentaire. La dissection montre que le nerf sous-orbitaire s'est conservé intact au milieu de la dégénérescence encéphaloïde: il est seulement un peu atrophie.

3. Le même membre présente un exemple de pied bot valgus au nom de M. de Beauvais. Dans ce cas, la luxation est complète, et il y a rotation complète de l'astragale en dehors. L'aponévrose du pied est épaissie à sa partie interne. Les péroniers latéraux ne sont point hypertrophiés. Le muscle jambier postérieur, dont l'action tendait à s'opposer à la déviation, a acquis un développement énorme. Le tendon du plantaire grêle, au lieu de se réunir au tendon d'Achille, se termine, comme chez cer-

ains animaux, on une expansion fibreuse qui se confond avec l'aponévrose. Les nerfs sont très développés. Les muscles de la partie inférieure de la jambe sont passés à l'état graisseux, ainsi que ceux de la plante du pied.

M. Pigné fait remarquer que ce sujet avait aussi le pied-plat, et se demande si la douleur causée dans la marche par cette difformité, ne pourrait pas amener consécutivement la déformation qui constitue le pied-bot.

4. M. Pigné montre 1° le cœur d'un monstre double, monocéphale, bimané seulement, mais ayant quatre membres abdominaux. Le cœur est unique; mais il a trois ventricules : le troisième, situé à la réunion supérieure des deux ventricules normaux, communique avec le ventricule droit par un orifice qui ne présente pas plus d'un centimètre (0^m,01) de diamètre. La situation, la forme conique, et la communication de cette cavité sur-ajoutée avec le ventricule droit, paraissent à M. Deville des raisons de le considérer comme l'infundibulum rétréci à sa base plutôt que comme un ventricule surnuméraire. Même avec cette explication, il n'en resterait pas moins le fait entièrement rare et curieux d'un rétrécissement congénial de l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

2° Sur un monstre monocéphale, bimané et ayant quatre membres abdominaux, M. Pigné montre deux langues latérales développées dans la cavité buccale. Les freins de ces deux langues sont réunis sur la ligne médiane en un tronc très fort et très-résistant. La mâchoire inférieure n'est pas soudée : ses deux branches horizontales sont légèrement écartées sur la ligne médiane.

5. M. Pigné présente des pièces recueillies sur un sujet servant à ses dissections, chez lequel, outre des fractures de la clavicule, des troisième et quatrième côtes et d'un membre inférieur, toutes sans travail de consolidation et avec ecchymoses récentes, il a rencontré une hernie diaphragmatique contenant presque tout l'estomac, la partie gauche du colon transverse et une masse épiploïque. La moitié gauche du diaphragme, déchirée

ers sa partie antérieure avec les feuillets séreux qui la doublent, présente une ouverture suffisante pour introduire le poing, et bordée d'une sorte de collet.

La plèvre seule demeure dans les autres points où manquent ces fibres musculaires rompues. Le poumon gauche était recoulé fortement en haut ; le droit est maintenu en place par des adhérences générales. C'est par l'ouverture décrite que les viscères abdominaux se sont fait jour dans la poitrine ; mais l'estomac n'a pas entraîné la rate dont il est ordinairement accompagné dans les hernies congénitales. L'estomac est très-ample, ainsi que le duodénum ; ce dernier était fortement tirillé en haut. Le péritoine contenait de la sérosité sanguinolente. M. Pigné se demande pourquoi, dans ce cas, le diaphragme s'est rompu à gauche, tandis que dans la majorité des observations, cette rupture a lieu à droite, et permet la hernie d'une portion du foie. Il trouve la raison de cette exception dans les adhérences du poumon droit, qui, soutenant le diaphragme dans toute son étendue, l'ont rendu, de ce côté, plus résistant aux causes de la rupture.

Cette rupture, dit M. Colin, ne pourrait-elle pas avoir eu lieu après la mort ? M. Pigné répond à cette question que le sujet n'a eu à subir, dans son cabinet, aucun déplacement violent, et qu'on ne voit guère que des fractures du crâne résulter du mode de transport adopté par les garçons d'amphithéâtre.

M. Broca voit ici le resoulement plutôt que la déchirure d'une certaine quantité de fibres voisines du centre aponévrotique. L'adhérence de quelques fibres rompues au trèfle aponévrotique porte M. Gubler à penser que la rupture peut s'être faite pendant une contraction violente du diaphragme. M. Bernutz répond qu'il est plus naturel de l'expliquer par la cause qui a produit la chute et les fractures de côtes.

6. Une femme âgée de 30 ans, mère d'un enfant, mourut dans le service de M. Beau (salle St Augustin, 21, Hôtel-Dieu-Annexe) le 30 mars dernier, huit jours après son entrée, d'une affection pulmonaire qui attira seule l'attention pendant la vie.

A l'autopsie, je fus frappé du volume et de la coloration foncée de l'utérus, qui offrait en outre une déviation telle que sa face postérieure regardait presque directement en haut, son bord supérieur s'arc-boutant contre la symphyse pubienne. Le doigt introduit dans le vagin me convainquit que le col était dans une position normale par rapport à l'axe du conduit désigné. L'organe enlevé, je reconnus une antéflexion de l'utérus, portée jusqu'à l'angle droit : au niveau de la flexion existe un étranglement manifeste qui rend l'utérus et le col dans leur ensemble comparables à un sablier, à renflements fort inégaux sans doute, ou mieux à une gourde de pèlerin.

Le corps utérin a de 6^c,5 à 7 dans sa plus grande étendue transversale.

Son épaisseur totale est de 36^{mm}. L'épaisseur de la paroi antérieure seule de 19^{mm}.

La hauteur totale de l'organe, en le supposant redressé, est approximativement de 7 à 8^c.

La cavité utérine est relativement petite; les parois normales très hyperhémées(1). Le col est celui d'une femme ayant eu des enfants; la déchirure la plus profonde porte, comme d'habitude, sur la commissure gauche. (*Courtin.*)

M. *Pigné* fait remarquer qu'il existe au niveau de la courbure un rétrécissement considérable, qui aurait fini par se changer, comme il arrive ordinairement, en une oblitération complète. La partie antérieure de cet utérus est fibreuse et peu flexible. Dans les cas pareils, les pessaires que l'on applique ordinairement ayant plutôt pour effet de repousser en haut le col de l'utérus que de le ramener à sa situation naturelle, on voit qu'ils ne peuvent contribuer qu'à augmenter encore la flexion.

7. M. *Broca* montre les os du coude d'un sujet amputé en ville, après une suppuration abondante et prolongée, pour une

(1) La pièce a passé 24 heures dans la liqueur *Rich. Owen*, après avoir été dégorgée dans l'eau.

tumeur blanche de cette articulation. On voit de nombreuses stalactites osseuses sur tous les points du périoste qui servent à des insertions fibreuses. L'os lui-même est enflammé, et il existe une dilatation manifeste des vaisseaux du troisième ordre. Les cartilages sont détruits et remplacés par une couche pultacée, inégale, qui devait probablement servir plus tard à l'ankylose.

8. *M. de Beauvais* montre le cœur d'un homme mort dans le service de *M. Jadionx*, à l'Hôtel-Dieu, avec les signes d'une pneumonie à droite, une ascite, et de l'œdème des membres inférieurs. Pendant la vie, cet homme ne pouvait diminuer un peu sa suffocation qu'en se tenant assis, courbé en deux, et la tête sur les genoux : position qui, d'après une citation de *M. de Beauvais*, est donnée par *Sénac* comme caractéristique des abcès du cœur. Ce malade avait en outre la figure et les lèvres violacées. La percussion décelait une hypertrophie du cœur : on n'entendait pas de bruit de souffle.

A l'autopsie, on a trouvé le péricarde adhérent à la partie antérieure et gauche de la surface du cœur : les doigts percevaient de la fluctuation sous cette adhérence. Le ventricule gauche contenait des caillots très adhérents et en partie décolorés : en les enlevant avec précaution, on fit sourdre à l'intérieur du ventricule environ un demi-verre d'un liquide sanieux, semblable au pus des muscles. Ce liquide sortait d'un foyer capable de contenir une grosse noix, et dont la cavité était exactement séparée par les caillots, de celle du ventricule. — Sauf l'hypertrophie diagnostiquée et quelques athéromes dans l'épaisseur des valvules, il n'y avait pas d'autres altérations du cœur.

M. Lunier pense que la communication entre le ventricule et le foyer a dû avoir lieu par la destruction des fibres musculaires du cœur.

M. Mailliot dit que la position caractéristique décrite par *M. de Beauvais* est donnée par *Boerhaave* et par *Van-Swiéten*

comme appartenant à toutes les inflammations de la plèvre diaphragmatique.

M. Pigné pense que cette pièce est un exemple d'anévrysme vrai et partiel du cœur, tel qu'on l'a trouvé sur le cœur de Talma. Ce serait un amincissement de la paroi antérieure du cœur, consécutif à une dégénérescence fibreuse du tissu musculaire, et il y aurait eu suppuration des caillots contenus dans la dilatation.

Selon M. Gubler, si l'endocarde se continuait dans le foyer, comme il croit le voir ici, l'idée de M. Pigné serait parfaitement exacte. Et en effet, M. Pigné démontre cette continuité en détachant les caillots avec l'ongle tout autour du foyer : on croit alors qu'il n'y a pas là d'ouverture proprement dite, mais bien une véritable dilatation partielle, avec transformation fibreuse et amincissement de la paroi du cœur.

9. M. de Beauvais montre un cœur, recueilli dans le service de M. Jadioux ; surtout la circonférence de la valvule mitrale, il existe une induration calcaire considérable, constituant un rétrécissement avec insuffisance, qui a été diagnostiqué pendant la vie. Il n'y avait de souffle qu'au *premier temps*, et, sur la demande de M. Bernutz, qui voudrait savoir si ce bruit n'était pas *présystolique*, M. de Beauvais précise en disant que le *souffle* *suivait immédiatement le premier bruit*. — L'oreillette était très-volumineuse, et l'aorte rétrécie, sans altération de ses parois.

M. Richard fait remarquer sur cette pièce une dilatation considérable et sans hypertrophie de l'oreillette gauche. Il pense que, si le bruit de souffle est dû au frottement excessif que le sang éprouve en traversant un orifice rétréci pour passer de l'oreillette dans le ventricule, l'absence de ce bruit peut s'expliquer dans ce cas par une dilatation *simple* de l'oreillette, qui empêche celle-ci d'imprimer au sang une impulsion suffisamment rapide pour produire le bruit de souffle.

10. Sur un homme de 40 ans, sans profession, mort à Necker, dans le service de M. Hervez de Chégoin, avec les symptômes d'une hypertrophie du cœur, et trois jours après la formation

d'un épanchement pleural à droite, *M. Lunicr* a trouvé un vaste anévrysme de l'aorte. A l'autopsie, on rencontra des caillots sanguins dans la plèvre droite : une tumeur accolée à l'aorte s'était perforée, et communiquait avec cette cavité par une ouverture de deux ou trois pouces de longueur. L'anévrysme, formé par une simple dilatation des tuniques artérielles, commence dans le point où l'aorte est croisée par la bronche gauche, et vient se terminer à l'origine de l'artère mésentérique supérieure, après avoir traversé et dilaté le trou aortique du diaphragme. Au fond de la grande ouverture de la tumeur, on en voit une plus petite, à bords arrondis, et qui, selon *M. Bonnet*, semble être le premier passage ouvert au sang pour s'épancher lentement d'abord, dans la plèvre. Il y avait un peu de rétrécissement dans la partie inférieure de l'aorte : un canal central traverse toute la longueur des caillots. Le cœur gauche est notablement hypertrophié, et la crosse de l'aorte considérablement dilatée. Les vertèbres correspondantes à la tumeur ne sont pas altérées.

M. Colin pense, avec *M. Bonnet*, que la grande déchirure de la tumeur n'a eu lieu que dans les derniers moments.

11. *M. Blot* présente une région inguino-crurale provenant d'une femme de 40 ans, morte dans le service de *M. Velpeau*, à la suite d'une perforation intestinale causée par une hernie étranglée depuis 15 jours. Son but est de démontrer par cette pièce, la proposition suivante : Dans certains cas, sinon dans la plupart des cas, l'explication qu'on a donnée de l'ascension des hernies crurales vers l'épine iliaque antéro-supérieure n'est pas admissible. En effet, on dit généralement que, si les parties herniées ne descendent pas vers la cuisse, c'est qu'elles sont arrêtées dans leur marche vers ce côté par l'union du feuillet profond du fascia superficialis de l'abdomen avec le fascia-lata. Or, dans la pièce présentée par *M. Blot*, on voit, de la manière la plus évidente et la plus nette, ce qu'il a toujours rencontré ; ce feuillet s'unir à l'arcade de Fallope dans son tiers externe, puis dans ses deux tiers internes au fascia lata, suivant

une ligne courbe à concavité supérieure; de façon que vers le tiers moyen du pli de l'aîne, cette union se fait à un centimètre environ de l'arcade de Fallope, tandis que dans le tiers interne, elle a lieu à 5 millimètres seulement de cette même arcade.

Les parties constituantes de la hernie sont situées au-dessous de cette ligne, vers la partie interne de la cuisse. M. Blot conclut de tout cela, que, dans l'espèce, et très probablement dans la plupart des cas, cette disposition anatomique, loin de favoriser l'ascension des hernies crurales, doit, au contraire, y mettre obstacle. Il ajoute que l'explication donnée généralement ne peut être vraie que dans les cas où le feuillet profond du fascia superficialis de l'abdomen a été éraillé, déchiré. Alors, en effet, les parties herniées passant par cette éraillure viennent se placer dans l'espèce de gouttière formée par le feuillet profond du fascia superficialis de l'abdomen et l'aponévrose du grand oblique, et en suivent la direction. M. Gubler appuie l'opinion émise par M. Blot; elle est conforme à celle qu'il s'est faite par des dissections répétées de la région inguino-crurale.

12. Tumeur encéphaloïde du cervelet présentée par M. *Blondeau*. — Un vieillard, Arnout, âgé de 70 ans, meurt à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes), d'une affection scorbutique excessivement grave.

Il était affecté depuis sept ou huit ans d'une paralysie faciale du côté gauche, paralysie qui, depuis cette époque, faisait continuellement des progrès. Le malade attribuait cette affection à un coup d'air, il était impossible d'ailleurs d'avoir des renseignements plus positifs sur la manière dont elle avait débuté. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui la face est horriblement défigurée; la bouche est fortement tirée en haut et à droite, ouverte à gauche très grandement. Le nez est également tiré du même côté. Si le malade souffle en fermant la bouche, l'air sort par la commissure gauche; cet état de la région buccale amène de la difficulté et du bredouillement dans la prononciation. La paupière supérieure, complètement abattue,

recouvre le globe oculaire dans sa presque totalité, tandis que l'inférieur, également dans le prolapsus, le met à découvert et laisse voir la conjonctive.

La sensibilité n'est en aucune manière abolie; mais le malade ne voit presque pas de ce côté. Il est également et complètement sourd de ce même côté. Du reste, aucun trouble des autres fonctions.

A part une apathie extrême, résultant probablement de cette affection scorbutique qui le retient au lit depuis si longtemps, le malade a conservé son intelligence.

Il meurt, et sans nous arrêter aux désordres occasionnés par l'affection qui a terminé ses jours, voici les lésions qui peuvent rendre compte des phénomènes de paralysie faciale.

En enlevant la masse encéphalique de la cavité qui la contient nous coupons en deux une tumeur siégeant d'une part sur le bulbe, la protubérance annulaire et le cervelet, et d'autre part sur la partie postérieure du rocher vers son sommet.

Cette tumeur, qui paraît avoir tous les caractères physiques du cancer encéphaloïde, a un volume égal à peu près à celui d'une noix ordinaire si on rapproche les deux parties divisées. Elle a une consistance d'autant plus molle qu'on la considère plus à son sommet, c'est-à-dire vers le rocher. Elle est grisâtre et présente des teintes de divers tons, bordés par des filaments, des stries jaunâtres.

Elle reparait d'autre part sur les pédoncules cérébelleux auxquels elle est unie par un pédicule large en avant, entre la protubérance en dedans, le bulbe et le cervelet en dehors.

Les nerfs facial et auditif un peu moindres que ceux du côté opposé se voient au-dessus de la tumeur.

Les nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique, spinal et le grand hypoglosse écartés un peu de leur direction normale et portés en bas et en avant, se voient également sur la face inférieure de la tumeur et n'ont subi d'ailleurs aucune altération.

D'autre part, la tumeur repose sur le rocher au niveau du trou auditif interne.

En cherchant à découvrir si la tumeur ne pénétrait pas dans le conduit, nous avons vu qu'elle avait détruit l'os en agrandissant l'orifice du conduit; une perte de substance analogue à celle produite par la carie a une étendue de deux centimètres à peu près en largeur et un demi-centimètre de profondeur. Mais la tumeur ne semble pas pénétrer plus avant.

Le nerf facial, à sa sortie du trou mastoïdien, a conservé son volume normal.

Membres honoraires.

MM. HÉRARD.	} gié à l'école d'Alfort.
GOUBAUX, professeur d'Anatomie et de Physiologie.	
	BURRAN, professeur à Dublin.

Membre titulaire.

M. CAUDMONT.

Membres adjoints.

MM. BLONDEAU.		DUMOULIN.
BOUTEILLER.		LAFFILEY.
CHAPSAL.		LEUDT.
COFFIN.		VIARD.

Tumeur de l'utérus simulante grossesse.

Par M. PICAUD, élève des hôpitaux. (Février 1847).

Le 1^{er} décembre 1846, une femme de 40 ans, domestique, mariée, n'ayant point eu d'enfant, bien réglée, à ce qu'elle disait, entra à l'hôpital de la Charité (service de M. Bouillaud) salle Ste Madeleine, n° 3. — Elle se plaignait depuis 2 ou 3 jours seulement de douleurs lombaires très vives : depuis quelque temps (2 mois environ) le ventre était devenu très gros, mais elle avait toujours été bien réglée pendant ce temps; elle avait même encore ses règles depuis huit jours la veille de l'entrée. Les renseignements fournis par cette malade étaient, du reste, très incomplets; la parole était lente, l'intelligence bornée; il fallait adresser plusieurs fois la même question avant qu'elle ne répondît. — Outre les douleurs lombaires dont elle se plaignait et qui revenaient par intervalles, on constata que le ventre était globuleux, dur au toucher, surtout à gauche, où l'on sentait une espèce de boule qu'on pouvait embrasser assez facilement avec les deux mains.

On entendit, ou plutôt on crut entendre le premier jour, en auscultant cette tumeur, des battements que l'on compara, à cause de leur fréquence, à ceux d'un cœur de fœtus. Mais M. Bouillaud ne remarqua pas s'ils avaient une fréquence plus ou moins grande que ceux du cœur de la mère. — M. Capuron, présent à la visite, ayant alors pratiqué le toucher, trouva l'utérus descendu dans le petit bassin, et à travers ses parois très amincies, prétendit sentir à gauche la tête du fœtus dont il crut même distinguer la fontanelle triangulaire; le toucher, pratiqué le lendemain et les jours suivants par M. Capuron, et toutes les personnes présentes à la visite, fournit les mêmes résultats, et à chaque exploration, le doigt sortait ensanglanté.

Le col de l'utérus, complètement effacé dans les premiers temps, et placé très haut derrière la symphise des pubis, ne présenta dans toute la durée de la maladie, aucun travail de dilatation; bien plus, dans la dernière quinzaine, il sembla revenir sur lui-même, se froncer et s'allonger; les douleurs lombaires disparurent après avoir présenté de temps en temps les mêmes caractères que les douleurs de l'avortement; il est à noter qu'au moment où la malade fut prise de ces grandes douleurs, il s'écoula pendant plusieurs heures, une assez grande quantité d'un liquide blanc-jaunâtre, que l'on crut provenir de la perforation de la poche des eaux. Dans l'intervalle des douleurs, la malade marchait avec beaucoup de difficulté, se tenait debout les jambes écartées.

Tous ces symptômes portèrent à croire à un avortement, surtout lorsqu'on vit le ventre s'affaïsser et s'assouplir; les battements du cœur ne purent jamais être entendus, à part le premier jour où on avait cru les entendre.

Le toucher fournissait toujours les mêmes résultats, les douleurs reparurent de temps en temps, peu à peu les jambes s'infiltrèrent, l'amaigrissement devint considérable, les forces se déprimèrent, la fièvre s'alluma, la malade se plaignit de nouveau de douleurs violentes dans la partie supérieure des cuisses, l'intelligence devint encore plus obtuse, les réponses plus lentes, et c'est à peine si, après avoir répété cinq ou six fois la même question, elle répondait incomplètement.

Quinze jours après l'entrée, les selles diarrhéiques, rendues assez fréquemment par la malade pendant plusieurs jours, étaient extraordinairement fétides.

Tous ces symptômes allèrent en s'aggravant; enfin le 11 janvier, à deux heures du matin, la malade mourut...

Autopsie, 30 heures après la mort. — Aspect cadavérique.
— Rien de notable, si ce n'est la teinte livide un peu jaunâtre de la peau; le ventre est un peu ballonné et contient

des gaz. La tumeur est assez sensible, surtout si on déprime avec la main les parois du ventre. — La poitrine n'offre rien de particulier.

Pas d'épanchement dans la cavité addominale. Le météorisme est surtout remarquable dans le colon; des adhérences nombreuses fixent l'S iliaque à la partie postérieure de l'utérus ou de la tumeur; il a fallu se servir du bistouri pour les séparer; il faut noter que ces adhérences sont très nombreuses; elles réunissent entre eux d'une manière très intime tous les organes contenus dans le petit bassin, au-dessus duquel la tumeur fait saillie. La vessie qui est énormément dilatée, aplatie, revenue sur elle-même, recouvre, sans y adhérer, la face supérieure de la tumeur. Il est à noter que les parois sont énormément hypertrophiées dans toute leur étendue, et que la vessie ne contient pas une seule goutte d'urine.

On enlève ensuite en totalité les viscères du petit bassin, et l'on remarque que la tumeur semble faire corps avec l'utérus; qu'elle est plus grosse que les deux poings, arrondie, un peu allongée, bosselée, enveloppée dans le tissu qui constitue toutes les adhérences; il y a des hydropisies enkystées dans les trompes; le pavillon est perdu dans les adhérences. Les kystes des trompes ont chacun le volume d'un petit œuf entre le rectum et l'utérus; en brisant les adhérences qu'on y remarque, on ouvre plusieurs petits kystes, laissant échapper une sérosité citrine.

Avant de faire une section dans l'épaisseur de la tumeur, l'on pratique le toucher, qui donne à peu près le même résultat qu'auparavant. Le vagin ouvert par la paroi supérieure, on voit que le col de l'utérus est déjeté à droite, une tumeur dure et arrondie du même diamètre que la tête d'un fœtus à cinq ou six mois, fait saillie dans le côté gauche; c'est cette tumeur qui fournissait pendant la vie la sensation d'une tête de fœtus; elle est dure, résistante, polie, et offre encore la même sensation. Il est difficile de retrouver

les inégalités qui ont porté à croire à la présence de la fontanelle triangulaire. Le vagin n'offre rien de particulier dans sa longueur ou dans sa coloration. Le col de l'utérus est assez gros, peu allongé; il est un peu mou, il est rouge; on y remarque une petite ulcération à la lèvre inférieure; un caillot fibrineux, qui a contracté des adhérences à l'intérieur, sort par son orifice qui n'est point dilaté.

Une section faite en suivant l'orifice de la matrice, nous a montré que la cavité de cet organe n'est guère plus grande que d'habitude; elle est seulement un peu allongée, et irrégulière; elle est déjetée à droite; la coloration de la muqueuse n'offre rien de notable. Une petite tumeur arrondie, du volume d'une amande et de la même consistance que les autres, fait relief dans l'intérieur de cette cavité; elle y adhère par un pédicule assez large.

En faisant une seconde section transversale dans l'épaisseur de la tumeur du côté droit, le bistouri qui a pénétré avec beaucoup de difficulté nous a montré trois tumeurs principales, dures, résistantes, criant un peu sous le scalpel, offrant l'aspect de certains granits blancs, rosés, à grains arrondis. On remarque dans les points les plus blanchâtres, la même structure que dans les cartilages. Les autres parties sont plus rouges et beaucoup plus vasculaires.

Les trois tumeurs sont arrondies et se moulent les unes sur les autres; deux sont postérieures. L'une a le volume d'un petit œuf de poule, l'autre celui du poing. La troisième tumeur est plus régulièrement sphérique que les autres; elle a à peu près le volume d'une tête de fœtus. C'est elle qui vient faire saillie dans la partie droite du vagin, par sa partie inférieure. Chacune de ces tumeurs est séparée de la voisine par un interstice cellulaire; c'est probablement là ce qui a donné lieu à la sensation de fontanelle, et de sureté qu'on éprouvait lorsqu'on pratiquait le toucher.

Beaucoup d'autres tumeurs, variant depuis le volume

d'une amande jusqu'à celui d'une noix, se remarquent çà et là autour de la cavité de l'utérus; elles semblent toutes siéger exclusivement dans les parois de l'utérus, où elles se sont développées en écartant son tissu, en pressant les parois entre les doigts, on sent une infinité de petites tumeurs arrondies qui sont logées dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

Le foie, les reins, la rate et l'intestin n'ont rien offert de particulier.

Le cerveau, ouvert avec précaution, nous a montré une grande adhérence des membranes avec les os du crâne au niveau des lobes antérieurs. Les membranes étaient assez injectées; le crâne étant enlevé, nous avons vu une tumeur du volume d'un œuf aplatie, déprimée, développée à la face interne de la dure-mère, au niveau du lobe antérieur gauche, qu'elle déprimait en grande partie; elle s'était creusée dans son épaisseur, aux dépens de la substance grise qui était détruite, la substance blanche ne semblait pas attaquée; il a été facile de séparer cette tumeur de la substance cérébrale avec laquelle elle était peu adhérente; il n'y avait pas de ramollissement de la substance cérébrale, un peu de piqueté très fin, pas d'épanchement dans les ventricules.

Une autre petite tumeur, du volume d'une petite noix, fait saillie en dehors de la dure-mère sur laquelle elle est en relief; elle est située dans la grande scissure longitudinale; cette tumeur nous prouve par son siège que c'est la dure-mère qui a été le point de départ de ces tumeurs fongueuses.

La structure des tumeurs du cerveau, examinées à l'intérieur par une coupe nous offre un aspect assez semblable à celui du pancréas; seulement le tissu est plus mou et le grain beaucoup plus fin; ces tumeurs ont une coloration rouge qui annonce une vascularité très grande. Ces tumeurs ne ressemblent en rien à celles de l'utérus. L'as-

pect et la consistance offrent bien plus de ressemblance avec du tissu de placenta.

Quelle est, dit M. *Barth*, la nature de cette tumeur cérébrale? Serait-ce une tumeur érectile développée à la surface interne de la dure-mère à la suite d'une apoplexie méningée? On a observé des transformations de ce genre dans le foie; mais j'ignore si l'on en a rencontré aux méninges.】

Grossesse extra-utérine tubo-abdominale.

Par M. *LAFFLEY*, interne à l'Hôtel-Dieu. (12 mars 1847).

André (Julie, Adélaïde) âgée de 26 ans, brocheuse, mariée, est entrée le 8 mars 1847 à l'Hôtel-Dieu; sa taille est moyenne; sa constitution assez faible; son tempérament lymphatique; elle est née à Paris et n'a pas cessé d'y habiter. Cette femme, d'habitudes tranquilles, n'a jamais été dans la misère, et son alimentation, sans être excellente, était cependant bonne; — elle n'a pas eu de maladies antérieures; mais constamment des malaises durant quelques jours, puis disparaissant, pour revenir après un temps plus ou moins long. Il y a quatre ans, elle accoucha pour la première fois.

Pendant le mois qui suivit la dernière apparition des règles, il y a trois mois et demi, la malade éprouva quelques accidents qui firent croire à son médecin qu'il s'agissait d'une grossesse; mais bientôt ces légers accidents disparurent, et on abandonna cette première idée. Deux mois se passèrent sans que les règles revinssent et sans que la malade éprouvât rien autre chose, que de la pesanteur dans le bas-ventre, et un malaise général. Il y a un mois environ, des phénomènes assez graves se manifestèrent; le médecin constata de la fièvre, des douleurs vives à l'hypogastre, un ballonnement considérable du ventre, des vomisse-

ments, de la petitesse du pouls. C'était, nous dit la malade, de l'avis du praticien qui la soignait, *une inflammation de bas-ventre*. Des bains, des cataplasmes, des lavements émollients, des sangsues en petit nombre et des tisanes délayantes constituèrent toute la médication ; bientôt toutes les craintes furent dissipées, et la malade reprit ses occupations. Dans les premiers jours du mois de mars, après une journée de travail, la femme André éprouva de violentes coliques, et elle s'aperçut peu d'instant après, qu'elle perdait du sang par la vulve. Dans la nuit l'écoulement s'arrêta ; mais il reparut le lendemain sans être très abondant pour cesser encore et recommencer deux jours après, c'est-à-dire le 7 mars. La malade croyait au retour de ses règles et s'en réjouissait ; mais elle souffrait beaucoup, et s'aperçut que son ventre était plus gros que d'ordinaire. Le médecin qui lui donnait ses soins, ne pouvant s'expliquer la série d'accidents éprouvés jusque là, lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Le 9 mars au matin, tel était l'état de la malade. Face décolorée, assez maigre, yeux sans vivacité, sclérotique d'un jaune assez prononcé, expression générale d'abattement. — Céphalalgie assez intense, lèvres décolorées, langue saburrale, humide, gencives pâles, narines pincées, — respiration facile, point de bruits anormaux dans l'appareil respiratoire, — à cause de la perte de sang des jours précédents, de la décoloration de la face et de tout le corps (circonstance qui n'était pas habituelle), j'auscultai les carotides, je perçus à gauche surtout, un souffle très marqué, souffle que j'entendis également au cœur ; les bruits de cet organe étaient un peu sourds. La percussion ne me fournit aucuns renseignements, soit pour les poumons soit pour le cœur. — Le ventre paraissait plus gros que ne le comportait la stature de la malade ; en le palpant, on déterminait dans la fosse iliaque droite, une douleur assez vive ; le reste de l'abdomen était à peu près indolent. En déprimant as-

sez fortement les parois, on trouvait l'utérus dévié de la ligne médiane, dépassant le pubis; on sentait très bien que son corps n'avait point la dureté de l'état de vacuité, mais aussi qu'il ne présentait pas davantage celle de ces organes pendant la grossesse.

Ces douleurs du bas-ventre sans fièvre, sans nausées, sans vomissements, vagues et peu fortes pendant le repos et en l'absence de la pression, s'exaspéraient par le mouvement et par la palpation. La constipation était opiniâtre; les envies d'uriner fréquentes et impérieuses. La malade accusait des douleurs de reins plus gênantes que les douleurs de bas-ventre. Je touchai par le vagin et je trouvai le col de l'utérus fermé, inégal, spongieux dans son pourtour, dur à son insertion au corps de la matrice; le corps de l'utérus me parut plus développé que dans l'état normal, les parois étaient moins dures que d'ordinaire; et je dirai presque qu'elles étaient molles. Je pus avec la main gauche, appliquée sur le bas-ventre, et mon doigt indicateur droit touchant le col, établir une correspondance par l'intermédiaire de l'utérus. Je crus sentir dans le petit bassin du côté droit, une tumeur fesant corps avec la matrice. Mon doigt en sortant du vagin était recouvert de sang.

Je crus à une maladie du corps de l'utérus, à quelque tumeur dont la nature ne me paraissait pas encore bien déterminée. La décoloration, que la malade constatait elle-même très bien, jointe à cette espèce de perte éprouvée les jours précédents, me portaient à admettre l'hypothèse d'une tumeur fibreuse ou polypeuse de l'utérus. M. Gailard opina pour une grossesse (utérine bien entendu) parceque nous avions constaté une déviation de l'utérus; et pour lui, ce caractère avait une grande valeur; toutefois il crut qu'il était nécessaire d'attendre quelques jours encore, avant de porter un diagnostic un peu précis. Jusque là, on se borna à une médecine expectante, (gomme sucrée, julep béchique, une portion).

10 mars, rien de particulier dans l'état de la malade; la constipation persiste (lavement émollient).

11 mars, hier vers 7 heures et demie, le lavement émollient fut administré. A peine quelques minutes se sont-elles écoulées, que cette femme accuse une douleur excessive dans le ventre; il lui semble, ce sont ces expressions, que quelque chose s'est déchiré. L'abdomen devient plus gros, l'oppression apparaît en même temps que des défaillances. Sinapismes. vinaigre, éther, ammoniaque tout est inutile, une syncope survient et la malade meurt. Deux heures seulement s'étaient écoulées depuis que le lavement émollient avait été donné.

Autopsie 33 heures après la mort. — Cerveau, poumons, cœur, foie, rate, intestins, reins; aucun de ces organes ne présente de lésions pouvant expliquer la mort.

Dans la cavité péritonéale, est répandu environ un litre et demi de sang non coagulé ou plutôt de liquide sanguinolent; des caillots du volume des deux poings, occupent la cavité du petit bassin; à droite, au dessus du corps de l'utérus, j'aperçois un kyste rompu, contenant un placenta auquel est attaché un fœtus âgé de trois mois et du sexe féminin.

Les ovaires et les trompes présentaient un tissu mou, imprégné de sang et comme tomenteux.

Le volume de la matrice était augmenté d'une manière notable; ses parois étaient plus molles, et dans son intérieur j'ai pu constater une membrane molle comme pulpeuse, qui, de l'avis des auteurs qui ont indiqué la présence de cette membrane, ne serait autre que la membrane caduque. — Dans le col de l'utérus, j'ai rencontré comme une substance gélatineuse encore sanguinolente.

Dans l'ovaire du côté gauche se trouvaient quelques noyaux cartilagineux, traces sinon certaines, du moins probables de précédentes hémorrhagies. La trompe du même côté présentait dans son trajet des retrécissements

marqués sans oblitération complète: cependant le chorion et l'amnios pouvaient parfaitement se constater.

Le produit de la conception paraît s'être développé dans le pavillon même de la trompe du côté droit, et il semble qu'après que l'ovule s'est détaché de l'ovaire et a été saisi par le pavillon, il se soit trouvé arrêté dans ses franges et n'ait pas pu cheminer dans le conduit. Le pavillon et le canal et la trompe elle-même n'offrent point une dilatation notablement plus grande que du côté gauche.

Le placenta était adhérent au pavillon, et ces adhérences étaient telles que le placenta s'est rompu dans sa continuité plutôt qu'à son insertion.

Des faits indiqués précédemment on peut conclure que cette grossesse extra-utérine appartenait à la variété désignée sous le nom de tubo-abdominale.

Je n'ai point au moment de l'autopsie, ouvert la trompe du côté droit, me réservant de l'examiner ultérieurement pour constater s'il y avait ou non une oblitération de ce conduit, mais plus tard, après avoir examiné de nouveau la trompe du côté droit, (de concert avec le rapporteur) j'ai constaté que ce canal était parfaitement perméable. De plus, c'était bien de l'ovaire du côté droit que l'ovule fécondé s'était détaché; car on a pu y constater la présence *du corps jaune*. Cet échantillon peut même être regardé comme un type du genre.

Extrait du rapport de M. COLIN, (19 mars 1847).

Nous n'avons pu découvrir dans le fait rapporté par M. Lafley, la cause de l'arrêt de l'ovule dans le trajet qu'il parcourt ordinairement pour se rendre de l'ovaire dans la cavité utérine, que cette cause ait été vitale, ou mécanique: la maladie n'ayant point été soupçonnée pendant la

vie, le défaut de renseignements nous a mis dans l'impossibilité de rechercher la solution du problème ailleurs que dans la disposition anatomique des organes; or, nous pouvons affirmer qu'aucun obstacle d'altération ou de rétrécissement n'a pu s'opposer au trajet de l'ovule dans la longueur de 4 à 5 centimètres, à partir de son pavillon. Le diagnostic n'avait point été porté pendant la vie. Voici quels en étaient les éléments; absence de règles depuis trois mois et demi; dans le mois suivant, développement d'accidents non précisés, mais qu'un médecin consulté à cette occasion crut devoir attribuer à une grossesse; au bout d'un mois cessation de ces accidents, qui font place à un sentiment de malaise général, de pesanteur dans le bas-ventre; au commencement du troisième mois apparition de douleurs vives à l'hypogastre, ballonnement du ventre, vomissements, fièvre; ces derniers accidents sont pris par un médecin pour une inflammation du bas-ventre; ils cèdent à l'application de sangsues, de cataplasmes, des bains et de lavements émollients; la malade peut reprendre ses occupations; mais au bout de trois semaines environ, c'est-à-dire vers la fin du troisième mois, ou le commencement du quatrième, des coliques violentes surviennent, et cette fois s'accompagnent d'un écoulement de sang par la vulve. Celui-ci cesse et reprend deux fois dans l'espace de quatre à cinq jours; c'est alors que la malade entre à l'hôpital; elle était dans un état d'amaigrissement et d'anémie notable, accusait des douleurs dans le bas-ventre, et surtout dans les reins, des envies d'uriner fréquentes et impérieuses; son ventre était augmenté de volume, douloureux dans la fosse iliaque droite, tandis que l'utérus, dévié du côté gauche, paraissait indolent et seulement augmenté de volume; le col en était un peu mou, ainsi que le tissu du corps l'orifice; du museau de tanche était fermé. Sur le côté droit du corps on crut sentir une tumeur distincte de lui, du sang s'écoulait par le vagin en très petite abondance.

On conçoit l'insuffisance de pareils éléments pour poser un diagnostic positif, si les détails qui précèdent ne sont pas favorables à l'idée, soit d'un polype, soit d'un corps fibreux développé dans l'utérus, produits qui s'accroissent lentement, s'accompagnent non point comme ici d'arrêt des règles, mais bien d'hémorrhagies, surtout lorsqu'ils ont acquis le volume que devait leur faire supposer le développement du corps utérin. Ne pouvait-on pas rapporter les phénomènes observés à une grossesse normale? sans doute si l'on eût pu constater d'une manière positive la présence d'une tumeur anormale sur le côté droit du globe utérin, peut-être eût-il été possible de soupçonner la nature de la maladie? mais on n'aurait point encore pu la reconnaître d'une manière certaine; il n'aurait point été possible en effet d'établir d'une manière positive la nature de la tumeur observée, et l'on eût pu raisonnablement attribuer à la gêne qu'elle apportait au développement de l'utérus, les accidents de la grossesse; celle-ci n'était point encore assez avancée pour que l'on pût s'éclaircir des symptômes fournis par le ballottement et l'auscultation.

Comme la plupart des malades placées dans les mêmes conditions, la femme dont M. Laffley vous a rapporté l'histoire, est morte à la suite de l'hémorrhagie interne causée par la rupture du kyste qui renfermait le produit de la conception; mais, il est un point sur lequel je veux un instant fixer votre attention; il est probable, comme le présume M. Laffley, que la rupture du kyste et l'hémorrhagie se sont produites deux heures seulement avant la mort.

La malade en effet, dix minutes environ après l'administration d'un lavement émollient, éprouva une vive douleur dans le ventre avec un sentiment de déchirure; elle-même fit cette remarque et la communiqua à la sœur, le ventre dès lors augmenta de volume, l'oppression devint grande, des défaillances survinrent, et, malgré une médication excitante, cette femme mourut au bout de deux heures.

Cesont bien là les symptômes qui accompagnent habituellement la déchirure des organes contenus dans l'abdomen, et l'hémorragie qui en résulte ; mais est-il également positif qu'avant cette époque, il ne se fût produit dans le kyste ou les environs aucun travail, aucune hémorragie, aucune rupture ? Je pense le contraire d'après les détails même de l'observation précédente. Comment expliquer en effet les coliques, la sensibilité du ventre à la pression, les envies fréquentes d'uriner, l'écoulement de sang par la vulve ; cet état d'anémie où se trouvait plongée la malade lors de son entrée à l'hôpital, selon moi, la rupture du kyste n'a été que la dernière phase d'un travail commencé bien auparavant, et non point les tristes suites d'un lavement donné dix minutes auparavant.

Quant aux détails d'anatomie pathologique, je rappellerai ici que dans ce cas le placenta était inséré dans le pavillon de la trompe droite, considérablement agrandi, d'où il était tombé dans l'excavation pelvienne entre le rectum et la paroi postérieure de l'utérus, dans le cul-de-sac péritonéal qui les sépare ; du reste à l'autopsie la trompe droite était libre d'adhérences ; celle du côté gauche était adhérente au fond d'un cul-de-sac péritonéal sur le côté correspondant du cul-de-sac en arrière de l'œuf. Cette grossesse doit donc être rangée au nombre des grossesses tubo-abdominales ; je ne puis concevoir comment M. Chailly adopte cette dénomination pour désigner une autre espèce de grossesse extra-utérine, dans laquelle le placenta est inséré dans l'utérus, tandis que le fœtus développé dans l'abdomen communique avec lui à l'aide du cordon ombilical que parcourt toute la longueur de la trompe. Le fœtus est sans trace aucune d'altération cadavérique ; il a 13 centimètres de longueur ; on peut présumer, d'après cela, que le travail datait de trois mois au moins.

Dans la cavité du corps de l'utérus, depuis le fond jus-

qu'à l'ouverture supérieure du col, existait une couche d'un gris rose présentant à sa surface des circonvolutions assez semblables, à la profondeur près, aux circonvolutions de la convexité du cerveau; cette couche, épaisse de huit millimètres environ, en avant et en arrière, un peu moins vers le col et les angles de la cavité utérine, était friable, se détachait facilement de la fibre utérine; elle était homogène dans toute son épaisseur et au-dessous d'elle, ou dans sa couche profonde, on ne découvrait rien qui, différent d'elle-même, rappelât la muqueuse utérine; nul doute que ce fût là, la caduque. Cette observation vient donc confirmer ce fait, désormais acquis à la science, du développement de cette membrane, à l'intérieur de la cavité utérine, même en l'absence du produit de la conception. Mais quelle est la nature de cette caduque? est-ce une membrane accidentelle, ou bien n'est-ce autre chose que la muqueuse normale de l'utérus modifiée sous l'influence du travail de la reproduction? vous le savez, messieurs, ces deux opinions sont aujourd'hui en présence.

Le fait présenté par M. Laffley eût pu servir à éclairer la question; par malheur il n'a point été étudié sous ce rapport.

La cavité utérine avait été ouverte.

La membrane avait été détachée de la paroi de l'utérus dans une grande étendue; joignez à cela que la pièce avait macéré dans de l'eau acidulée, lorsque j'ai pu l'étudier; par suite il m'a été impossible de m'assurer si dans ce cas, la caduque était ou n'était pas vasculaire, et si elle était perforée au niveau de l'ouverture des trompes dans la cavité utérine; ce fait ne peut donc servir à éclairer la question; la seule chose que je puisse affirmer à cet égard, c'est que cette membrane était perforée à l'ouverture du col, dans la cavité duquel existait un liquide filant, d'origine évidemment folliculaire.

Le corps de l'utérus était développé comme après deux

mois au moins de gestation; sa paroi antérieure avait plus de deux centimètres d'épaisseur ; son tissu rose , d'apparence franchement musculaire , contenait des sinus considérablement développés.

Les trompes elles-mêmes étaient hypertrophiées, et chose singulière, à peu près également des deux côtés, tandis que les ovaires avaient à peu près leur volume normal.

L'ovaire droit présentait un *corpus luteum* d'un centimètre environ de diamètre; nul doute qu'il ne tint la place de l'ovule dont nous avons vu le produit.

Relativement à ce développement des organes utérins, comment en donner une explication satisfaisante, lorsque le produit de la conception est, comme ici, retenu loin de la cavité utérine? je sais que l'on admet ici la sympathie ; mais évidemment ce n'est là qu'un vain mot propre à cacher notre ignorance; impuissant à l'expliquer, je me contenterai de vous rappeler l'opposition qui , dans ce cas comme dans plusieurs autres semblables que je pourrais citer, existe entre le développement du corps de l'utérus des trompes et celui des ovaires.

Ne dirait-on pas que ces derniers ayant accompli leur tâche , la nature leur permet le repos , tandis qu'elle sollicite sans cesse les premiers, et les fatigue, pour ainsi dire, dans un travail inutile?

A l'occasion de la lecture de ce rapport, M. Depaul fait remarquer que la membrane caduque n'a pas dans une grossesse extra-utérine la même disposition que dans la grossesse normale : il a vu deux fois dans cette dernière la caduque parfaitement oblitérée au niveau du col.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 7 (Juillet 1847).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, POUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*
— 1. Os d'un enfant rachitique. — 2. Antéflexion de l'utérus. — 3. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 4. Calculs biliaires. — 5. Anévrisme de l'aorte. — 6. Affection scrofuleuse du tibia. — 7. Nécrose siégeant sur un métatarsien. — 8. Cubitus d'un enfant scrofuleux. — 9. Péricardite. — 10. Matière grasse rendue par les selles. — 11. Muscle de la glande thyroïde.
- B. — *Hypertrophie polypiforme de la muqueuse de l'estomac*, (obs., rapp. et disc.).
- C. — *Paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure du côté droit.*
- D. — *Céphalématôme*, (ext. d'une obs. de).
- E. — *Méningite tuberculeuse; tubercules dans les reins, l'utérus, etc.*

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. M. Pigné présente le fémur d'un enfant rachitique, âgé de deux ans d'après l'inspection du squelette, sur le cadavre duquel il a tenté l'injection des artères des os. Il a poussé deux in-

jections, avec un mélange de blanc de baleine et d'essence de térébenthine, dans la partie inférieure et dans la partie supérieure de l'aorte, pour chaque moitié correspondante du corps. On sait que si les injections des veines arrivent facilement jusque dans les os des rachitiques, il est extrêmement difficile d'obtenir ce résultat pour les injections des artères. Sur ce sujet, et notamment sur la pièce présentée, l'injection a très bien pénétré dans les artères du tissu osseux. Entre le périoste et le corps de l'os, on trouve une lame demi-cartilagineuse, adhérant intimement à l'os, et très peu au périoste. A la moitié de la longueur de l'os, on remarque un épaissement et un renflement du tissu compacte, comme on en rencontre à la suite des fractures. Cet épaissement de la substance corticale paraît à M. Pigné occuper le sommet de la courbure qui doit s'effectuer par les progrès de la maladie. Il aurait succédé à une hypertrophie de la substance compacte, qui a rendu celle-ci plus aréolaire et l'a disposée à se courber.

M. *Richard* voit dans cette condensation de la substance compacte, l'épaississement de la forme triangulaire, à sommet dirigé vers le sommet de la courbure ; apparaissant dans les points où l'os a besoin de plus de solidité pour que la guérison s'opère, c'est-à-dire au niveau de la concavité de ces courbures, et avant que ne se forment les courbures de compensation, et considéré par M. *Bouvier* comme un commencement de guérison. Mais, pour M. *Richard*, la courbure est antérieure à la condensation du tissu osseux.

Selon M. *Broca*, bien que M. *Pigné* n'ait pas vu de fracture à la partie centrale de cet os, il y a cependant une mobilité plus étendue que la courbure ne semble pouvoir la permettre. Sur des os où il y avait une semblable déformation angulaire, M. *Broca* a vu les fragments se séparer par l'effet de la macération : il s'agissait sans doute alors de fractures spontanées.

M. *Pigné* montre que la flexion étendue que l'on imprime à ce fémur dans l'endroit de sa courbure peut être obtenue dans tous les points où l'on détermine une courbure semblable. S'il

y avait eu une fracture, il faudrait donc en admettre une aussi sur tous les os du squelette où l'on trouve la même déformation.

M. *Piégu* répond qu'en raison de l'extrême friabilité du tissu osseux, on peut admettre des fractures rachitiques sur tous les os longs. Il n'a jamais vu le canal central oblitéré, (comme il tend à l'être sur le fémur présenté), sur des os rachitiques qui n'avaient point éprouvé de fracture.

M. *Richard* ne croit pas devoir admettre la fracture précisée-ment en raison des altérations semblables observées sur plusieurs os du squelette : il ne veut pas pourtant la nier d'une manière absolue. M. *Piégu* ajoute alors que dans la guérison du rachitisme, la réparation se fait exclusivement par le périoste externe, et jamais par celui du canal central de l'os.

Selon M. *Pigné*, dans la réossification chez les rachitiques, il ne se forme aucun produit nouveau autre que le dépôt calcaire. Après les épanchements sanguins dans les alvéoles du tissu osseux, auxquels succèdent simultanément le ramollissement des os et l'épaississement du tissu compacte, pendant que disparaissent les sels calcaires que Bostock a retrouvés dans la salive, dans les urines, etc.; après tous ces phénomènes, la réossification curative commence, et rappelle dans les os les sels calcaires qui y arrivent jusqu'à saturation.

Pour M. *Piégu*, cette théorie n'est point exacte. Ainsi, chez un enfant guéri du rachitisme et mort à trois ans, on trouvera un os déformé par le rachitisme à l'âge d'un an, et renfermé dans un os de trois ans, par emboîtement, comme le séquestre d'une nécrose. Il survient d'abord un épaississement du périoste; ensuite, la couche gélatineuse sous-périostale s'endurcit et devient plus tard le cartilage d'ossification.

Mais, demande M. *Pigné*, cet épaississement du périoste ne pourrait-il pas être rapporté à une périostite? — M. *Piégu* ne peut répondre à cette question, parce que les douleurs constantes des membres chez les rachitiques ne permettent pas de distinguer celles qui pourraient dépendre de la périostite.

A une question de M. *Déville* sur l'état du périoste, M. *Pigné*

répond qu'il était intact, mais qu'il se laissait décoller facilement par la matière à injection : M. Pigné trouve une nouvelle preuve de l'existence d'une périostite dans ce décollement, ainsi que dans la perte de l'état nacré du périoste.

2. M. Deville montre l'utérus d'une femme de 21 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, et qui est morte des suites de trois ligatures d'artères. C'est un bel exemple d'antéflexion de l'utérus ; il y a un angle droit entre le col et le corps de l'organe. Les ligaments ronds sont raccourcis ; ce qui prouve que la lésion est ancienne, et de la classe de celles qu'on confond volontiers avec les engorgements utérins ; c'est seulement à l'autopsie, faite aux cliniques de la faculté, dans le service de M. Nélaton, que l'on a découvert cette déviation. Alors, en refermant le ventre, on s'est aperçu par le toucher 1° que le corps de l'utérus formait une tumeur horizontale au-dessus du col ; 2° que le col était porté à gauche et en bas, et le corps à droite et en haut : de sorte qu'il y avait dans ce cas un mélange d'antéflexion et de torsion.

A une question de M. Caudmont, M. Deville répond que le raccourcissement des ligaments ronds lui paraît l'effet consécutif et non la cause de la déviation. — M. Deville répond aussi à M. Hérard et à M. Lunier qui s'enquière de la situation exacte de l'utérus, sur le cadavre, que cet organe ne pouvait être ramené à sa position normale que par une tension exagérée des ligaments ronds.

M. Barth fait observer que l'engorgement de l'utérus est une maladie distincte, qui peut exister isolément. M. Deville en convient, pour ce qui concerne des engorgements partiels, se terminant par suppuration et par abcès, comme il en a observé à l'hôpital de l'Ourcine. — M. Barth ajoute qu'il lui a été donné plusieurs fois de rencontrer pour toute lésion de l'utérus, un engorgement très volumineux.

Selon M. Gros, ces engorgements peuvent servir à expliquer les antéflexions et autres déviations qui se font du côté engorgé.

Rien n'est plus vrai, dit M. Barth, ni plus connu. On sait

aussi qu'il y a des déplacements, dus à des adhérences entre l'utérus et divers points de la cavité pelvienne.

3. M. *Boulland* présente l'utérus d'une vieille femme de la Salpêtrière, dans la paroi postérieure duquel s'est développée une tumeur fibreuse. Des veines volumineuses rampaient à la surface de l'utérus dans les points correspondant à la tumeur, et aussi sur la face opposée. Les annexes de l'utérus étaient intacts.

4. M. *Boulland* montre ensuite la vésicule biliaire d'une femme de 84 ans. Cette poche présente trois à quatre fois son volume normal, et contient, avec très peu de bile, une trentaine de calculs biliaires, d'un vert jaunâtre et à facettes. Les canaux cholédoque et cystique n'avaient subi aucune altération.

Sur ce que dit M. *Gubler*, que la présence de calculs biliaires n'est pas bien rare, M. *Déville* rapporte la difficulté qu'il éprouve à s'en procurer à Clamart pour fournir des matériaux à un travail chimique de M. *Pelouze*.

M. *Pigné* pense d'après de nombreuses autopsies, qu'il y a dans l'année une époque spéciale, l'automne, où les calculs biliaires se forment et se rencontrent plus fréquemment.

Les bouchers, selon M. *Gubler*, ont observé le même fait chez les herbivores : seulement M. *Gubler* a oublié de quelle époque il s'agit. Il cite un cas, où, grâce à ce renseignement emprunté à la médecine vétérinaire, M. *Bretonneau* put, d'après quelques signes douteux, affirmer l'existence d'un calcul biliaire chez un malade.

L'élargissement de la vésicule ne paraît pas aussi considérable à M. *Broca* qu'au présentateur.

5. *Anévrisme de la crosse de l'aorte, et du tronc brachio-céphalique*, par M. *Notta*.

Chez un malade âgé de 46 ans, appartenant à la race nègre, mort avec une pneumonie chronique, et un épanchement pleural, dans le service de M. *Valleix* à l'Hôtel-Dieu Annexe, on a trouvé à l'autopsie un anévrisme de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique. Pendant la vie, rien n'avait fait soupçonner l'existence de cette affection : outre les lésions ca-

caractéristiques de la pneumonie chronique, il y avait dans la plèvre gauche un épanchement considérable séro-sanguinolent, refoulant le poumon en avant contre la paroi-thoracique.

Tout-à-fait au sommet du poumon gauche, en arrière et en dedans, la plèvre viscérale, dans une étendue circulaire de 5 centimètres de diamètre, est adhérente au sac anévrisimal que nous allons décrire, et dont elle concourt à former en ce point la paroi. Le péricarde est sain. Le cœur a un volume normal; les artères coronaires ont le volume d'une grosse plume à écrire, et font saillie sous le péricarde. Le tissu cellulaire sous-séreux du feuillet viscéral du péricarde, est infiltré d'une sérosité transparente. Tous les orifices du cœur, examinés avec soin, sont normaux. Dans les cavités ventriculaires il y a quelques caillots fibrineux.

A 3 centimètres environ, au-dessus du point où elle émerge du cœur, l'aorte, qui jusque là avait son calibre normal, présente une augmentation de volume considérable; cette augmentation de volume a son siège au niveau de la partie horizontale de la crosse de l'aorte. En arrière de cette portion de l'aorte au moment où elle est à cheval sur la bronche gauche, elle offre une bosselure considérable ayant le volume d'un œuf de poule, adhérent à la fois à la trachée qu'elle dévie à droite, et surtout à la bronche gauche qu'elle comprime. Cette tumeur refoule la crosse de l'aorte en avant. Au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, existe à droite une bosselure du volume d'un œuf de pigeon. Le tronc brachio-céphalique est lui-même très dilaté, et présente une bosselure du volume d'une noix située entre lui et la carotide primitive gauche. — Cette bosselure est séparée par un sillon d'une dilatation assez considérable du tronc brachio-céphalique, dilatation telle qu'il égale en ce point l'origine de l'aorte.

A gauche et en arrière, la crosse de l'aorte communique largement avec une cavité anévrismale, formée en arrière par les corps des cinq premières vertèbres dorsales, les articulations costo-vertébrales des deux premières côtes, les 3^e et 4^e côtes, depuis

leurs articulations costo-vertébrales jusqu'à leur angle; enfin les muscles longs du dos. Cette poche est limitée à gauche par la face postérieure et interne du poumon gauche; en avant et en dedans, elle communique largement avec l'aorte; en bas, elle est limitée par la 5^e côte; en haut par la partie supérieure de la paroi thoracique; enfin à droite, passant sous la trachée et l'œsophage, elle s'étend jusqu'aux articulations costo-vertébrales des 2^e, 3^e et 4^e côtes droites. L'origine de la sous-clavière gauche et de la carotide droite ne présente rien de particulier, le calibre de ces artères est normal : après avoir communiqué avec la poche ci-dessus décrite, l'aorte devient descendante et reprend son volume normal. En examinant la face interne de l'aorte, on voit que les bosselures mentionnées sont formées seulement aux dépens de la tunique externe, et qu'elles sont remplies par des caillots fibrineux, stratifiés, très résistants, adhérents à la paroi; chacun des feuillets qui les constituent présente une surface lisse, polie, ayant l'aspect d'une séreuse.

Les cavités qui répondent aux bosselures décrites, sont séparées les unes des autres par des portions d'aorte, qui sont saines, de sorte qu'elles font saillie dans l'intérieur de la tumeur qu'elle divisent en plusieurs loges. Dans le point où la bronche gauche est adhérente à la tumeur anévrismale, on voit qu'elle baigne dans le sang de l'aorte, les cartilages sont érodés, et il y a imminence de communication entre la cavité de l'anévrisme et la bronche. Dans les points où l'aorte a conservé ses trois tuniques, on trouve des concrétions athéromateuses, disposées par plaques, et situées au dessous de la tunique interne qu'elles soulèvent, et à laquelle elles donnent un aspect rugueux. Les corps des 2^e, 3^e, 4^e, et 5^e vertèbres et la partie inférieure de la 1^{re}, sont érodés; les cartilages inter-vertébraux sont intacts et font une saillie de 8 à 10 millimètres, en rapport avec la destruction des corps vertébraux. Au niveau des 3^e et 4^e vertèbres dorsales, la partie latérale des corps vertébraux est complètement détruite, et la cavité de l'anévrisme n'est séparée de la cavité du canal rachidien que par le périoste et la partie correspondante

du grand surtout ligamenteux postérieur qui tapisse ce canal. Le calibre du canal rachidien est normal ; la moëlle est parfaitement saine à ce niveau. Les 2^e et 3^e côtes, presque complètement détruites, se sont fracturées dans le transport du sujet ; les 3^e et 4^e nerfs intercostaux baignent dans le sang, et présentent une rougeur due probablement à l'imbibition cadavérique. Dans l'intervalle de la 3^e et de la 4^e côte l'anévrisme n'est séparé de la peau que par le petit dentelé postérieur et supérieur, le rhomboïde et le trapèze, les muscles spinaux ayant été détruits.

Ces muscles présentent en ce point dans une étendue de la grandeur de la paume de la main, une coloration violacée, comme ecchymotique.

Quant aux rapports de l'anévrisme avec les veines, ils n'ont point été examinés. Il ne devait point y avoir compression de ces vaisseaux, car il n'y a point eu production d'œdème. Pendant deux jours seulement, un mois avant la mort du malade, il a eu la face bouffie et un peu d'œdème de la main droite ; mais ces symptômes n'ont pas persisté ; l'œsophage devait être comprimé ; néanmoins, on n'a pas observé de dysphagie pendant la vie.

6. M. *Hérard* montre le tibia d'un enfant de 8 ans, scrofuleux, qui avait des ganglions tuberculeux et des plaies au cou, et une nécrose de la mâchoire à laquelle a succédé une pourriture scrofuleuse dont il est mort. Il y avait un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne, et une fistule à la hauteur de la malléole. A l'autopsie, on a trouvé dans l'extrémité inférieure du tibia, vers le niveau de l'épiphyse, une cavité tapissée par une fausse membrane et contenant exclusivement de la matière purulente.

M. *Gros* pense qu'ici le ramollissement d'un tubercule a précédé la suppuration du foyer, et qu'une fois le tissu accidentel éliminé, la suppuration a été fournie par les parties voisines.

M. *Barth* a vu des foyers semblables qui ne contenaient plus que du tubercule ramolli. — Contre l'avis de M. *Hérard*, qui pense que le microscope pourrait encore différencier cette ma-

tière du simple pus, et qui a même trouvé des globules tuberculeux dans un ganglion ramolli, MM. Deville et Gros conviennent qu'il n'y a pas de différence microscopique entre le pus et le produit du ramollissement des tubercules.

M. Broca, pense, comme M. Gros, que ce foyer a d'abord contenu du tubercule, et qu'après l'issue de cette matière, il est survenu une suppuration consécutive.

7. M. Broca présente un métatarsien enlevé pour une nécrose. Dans la tête de l'os, il y a une cavité tapissée d'une fausse membrane et contenant une matière gélatineuse. L'os entier est revêtu à l'extérieur par une couche osseuse de nouvelle formation. La surface externe du périoste tend elle-même à s'ossifier; on remarque, dans un point, de la substance cartilagineuse, et dans un autre un dépôt calcaire.

8. Une seconde pièce de M. Broca est un cubitus gauche d'enfant scrofuleux: le radius du même côté était sain, et la surface articulaire de l'humérus était conservée. L'extrémité supérieure de ce cubitus est volumineuse et fort consistante. Une coupe transversale ou oblique de cet os montre, au centre, une raréfaction du tissu, et à partir de ce point, des couches circulaires d'ossification nouvelle parfaitement analogues aux zones d'accroissement des arbres dicotylédonés.

9. M. Lunier présente le cœur d'un homme de 72 ans, obèse, entré le 10 avril dans le service de M. Hervez de Chegoin à l'hôpital Necker, et mort le lendemain. Il se plaignait d'une dyspnée, datant, comme sa maladie, de six semaines. La matité des deux côtés de la poitrine indiquait un double épanchement pleural; il y avait aussi un épanchement dans l'abdomen et de l'œdème des membres inférieurs. — A l'autopsie, le cerveau a été trouvé sain. Le cœur est énorme, surtout dans sa moitié gauche: le péricarde est couvert de fausses-membranes en forme de végétations, imbriquées comme les écailles d'une pomme de pin. Il y avait des plaques ossiformes dans presque toute l'étendue de l'aorte: les parois artérielles sent épaissies, mais la membrane interne est conservée.

10. *M. Barth* présente une certaine quantité d'une matière grasse extraite des selles d'une femme de 60 ans, chez laquelle un dévoiement opiniâtre a amené une altération profonde de la nutrition. Cette matière est rendue à l'état huileux, se fige bientôt après, ressemble à la graisse, et fond très-facilement : *M. Bouchardat* y a trouvé les éléments de la graisse. — La malade a observé que le régime gras et substantiel fait reparaitre cette matière dans les gardes-robes, et *M. Barth* pense que c'est en effet un résidu de matière grasse non assimilée.

Selon *M. Gros*, il est moins rare qu'on ne croirait d'observer des selles graisseuses. Beaucoup de personnes, et lui-même notamment, ne peuvent nullement digérer les corps gras.

M. Barth engage alors *M. Gros* à s'observer attentivement afin de pouvoir présenter bientôt un exemple analogue à la Société.

11. *Muscle de la glande thyroïde, muscle de Duvernoi*, *musculus levator glandulæ thyreoïdæ*. (Exemple du *Scæmmering*), présenté par *J. Godart*.

Morgagni (1) paraît avoir le premier signalé l'appendice de la glande thyroïde. On le trouve aussi indiqué dans *Santorini*, *Winslow*, *Gunz*, *Lauth*, etc. *Albinus*, *Evertzen* n'en parlent pas.

Lalouette (2) dit que chez la femme, c'est une pyramide molle, émanée de la portion gauche de la glande, large de 4 lignes, longue de un pouce et demi; allant se terminer perpendiculairement au ligament de l'épiglotte entre elle et l'os hyoïde. Il lui a paru que chez l'homme, c'était moins une pyramide qu'une bande plate, large de 2 à 3 lignes. Il ne dit pas que cet appendice soit quelquefois musculaire.

Duvernoi (3), au contraire, d'après quelques observations,

(1) *Morgagni*, *Advers anat.*, 1, 1706. — *Adv. anat.* vi. *Animadv.*, 92, 1719.

(2) *Lalouette*, *Rech. sur la glande thyroïde*, *Mém. acad. des soc. sav. étrangères*, 1750, p. 159.

(3) *Jean-Georges Duvernoi*, *Comment. acad. scient. Petrop.*, 1740, p. 216.

émet l'opinion que cet appendice est de nature musculaire. Il représentait, dans les cas qu'il cite, un faisceau irrégulier formé de fibres parallèles, semblant continuer la substance même de l'isthme, et allant se terminer par un tendon à l'os hyoïde. Ce faisceau était contigu au muscle thyro-hyoïdien, au point qu'il paraissait en faire partie.

Sœmmering (1) décrit un muscle, (*musculus levator glandulæ thyroideæ*) ayant la moitié de la largeur du muscle thyro-hyoïdien ou une largeur moindre, et qui s'étend souvent de la partie moyenne du bord inférieur de l'os lingual, à la partie moyenne de la glande thyroïde, en passant au devant du cartilage thyroïde. Il n'est pas rare qu'une partie du muscle s'insère à ce cartilage. Il élèverait la glande vers l'os hyoïde. Sœmmering dit l'avoir rencontré souvent sur des cadavres des deux sexes. A l'article glande thyroïde, il indique d'ailleurs comme une chose rare, un prolongement glanduleux allant jusqu'à l'hyoïde.

J. F. Meckel (2) décrit un prolongement glanduleux, pyramide de Lalouette, allant de la glande à l'hyoïde, et qui est entouré d'un muscle particulier, *musculus levator glandulæ thyroideæ*. M. Blandin en donne une description analogue. Enfin M. Bourgery a fait représenter ce muscle dans ses planches.

L'existence sinon constante, du moins fortuite du muscle de la glande thyroïde, devait donc paraître parfaitement établie. Cependant, Huschke (3) parle de l'appendice de la glande thyroïde, sans laisser supposer qu'il puisse être musculaire; et Theile (4) affirme que le muscle thyroïdien de Sœmmering n'est que le prolongement, connu sous le nom de pyramide, et que le microscope n'y a jamais découvert aucune fibre musculaire, mais de la substance glanduleuse seulement.

(1) Sœmmering, *de Musculis*, 128; *De splanchnologia*, 54.

(2) Meckel, *Manuel d'anatomie*.

(3) *Encycl. anat. Splanchnologie*.

(4) *Encycl. anat. Myologie*.

C'est pour détruire la valeur de cette assertion, que je présente à la Société Anatomique une pièce offrant un exemple incontestable du muscle de la glande thyroïde, et se rapportant parfaitement à la description de Sæmmering.

Cette pièce provient d'un sujet mâle, adulte, vigoureux; le larynx est développé; les cornes de l'os hyoïde sont exactement de même longueur; les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, thyro-hyoïdiens, crico-thyroïdiens ne présentent rien de remarquable. La largeur du thyro-hyoïdien est de 25 millimètres.

La glande thyroïde est assez volumineuse; elle a 8 centimètres de largeur dont 3 environ pour l'isthme; le lobe droit est un peu plus gros que le lobe gauche.

De l'union de l'isthme avec ce dernier, naît un prolongement vertical triangulaire à base inférieure, de 15 millimètres de hauteur, aplati d'avant en arrière, et de même structure que la glande.

Au bord interne de ce prolongement, et à son sommet s'insère un faisceau musculaire formé de fibres parallèles, aplati d'avant en arrière et long de 8 millimètres qui se porte en haut un peu obliquement en dedans, reçoit au niveau de la gauche du cartilage-thyroïde un faisceau musculaire semblable; mais plus court, né du bord inférieur du cartilage-thyroïde et va s'insérer derrière le bord inférieur de l'os hyoïde, à gauche de la ligne médiane, par des fibres tendineuses très courtes. Cette bande musculaire parfaitement distincte du muscle thyro-hyoïdien a 14 millimètres de largeur après l'union de ses deux portions. Son bord interne se trouve en haut précisément sur la ligne médiane, en bas à 4 millimètres en dehors; son bord externe est contigu aux muscles thyro-hyoïdien et sterno-thyroïdien gauche, et recouvert par le muscle sterno-hyoïdien.

Sa structure, évidemment musculaire, comme l'a démontré son séjour dans l'acide nitrique, est parfaitement identique à celle des muscles voisins.

La pièce a été placée dans les cabinets de l'école.

Je crois pouvoir conclure de l'examen de cette pièce et de plusieurs autres que j'ai réunies à cette occasion, que l'appendice de la glande thyroïde peut être exclusivement glanduleux, mais souvent aussi musculaire en totalité ou en partie.

Je ferai remarquer, en terminant, que l'appendice n'a été signalé chez aucun animal. Lalouette ne l'a pas trouvé chez le bœuf, le mouton, le chien, le chat, le lièvre, le lapin.

Cuvier n'en fait pas mention.

Quant aux usages de l'appendice, soit glanduleux, soit musculaire, ils sont aussi obscurs que ceux de la glande elle même; beaucoup d'anatomistes y cherchèrent vainement le conduit de la glande. Lalouette croit avoir remarqué que la glande est plus petite quand il existe, c'est-à-dire que la glande et l'appendice seraient supplémentaires l'un de l'autre.

Duvernoi serait disposé à établir un certain rapport entre l'existence du muscle et la longueur moins grande de la corne droite de l'hyoïde qu'il avait noté; ou bien peut-être, ajoute-t-il, il a pour usage de soutenir la glande dans les actes de la phonation, de la déglutition, ou encore de prévenir l'ascension du larynx.

Sœmmering lui fait élever la glande thyroïde; telle doit être en effet son action, mais dans quel but?

Quoi qu'il en soit, son peu de constance doit faire penser que son importance est nulle, ou bien minime.



Hypertrophie polypiforme de la muqueuse de l'estomac.

Par M. LEUDET, élève des hôpitaux. (19 février 1847).

Lalmant (Louis), cordonnier, âgé de 52 ans, demeurant rue de la Heaumerie, n° 20, est admis le 13 février 1847, dans le service de M. le professeur Chomel, à l'Hôtel-Dieu.

Ce malade, qui était venu à pied à l'hôpital, mourut le 14 au matin, sans avoir été examiné. Pendant son séjour, il ne se manifesta aucun phénomène assez grave pour attirer l'attention des personnes du service; pas de délire, de vomissements; aucun symptôme qui pût faire prévoir une mort aussi prochaine.

Les renseignements qu'il nous a été donné de recueillir sur ce malade sont les suivants : Depuis longues années, il avait contracté l'habitude de boire une grande quantité de liqueurs alcooliques, habitude à laquelle il s'était de plus en plus adonné, et qui avait fini par entraîner des troubles notables dans sa santé; ainsi, son intelligence avait graduellement diminué; il était devenu triste et morose; les forces physiques avaient également décliné. Autrefois excellent ouvrier, il ne pouvait plus se livrer à un travail de longue durée, ou exigeant une certaine habileté; ses membres, principalement les supérieurs, étaient agités par un tremblement presque constant. Cette impossibilité de travailler l'avait forcé à diminuer la quantité d'aliments auxquels il était autrefois habitué; du reste l'appétit s'est conservé jusqu'à la fin; jamais de douleurs d'estomac ou de vomissements; mais de fréquentes diarrhées, qui duraient quelquefois longtemps.

Pendant les trois dernières années, le malade entra deux fois dans les hôpitaux, une fois à la Pitié, une autre fois à l'Hôtel-Dieu, pour être traité de maladies dont il nous a été impossible de connaître la nature. — Un embonpoint autrefois assez considérable avait fait place à une maigreur extrême; sa faiblesse était devenue si grande, qu'en se le-

vant pendant la nuit pour remplir ses besoins naturels, il tombait quelquefois sur un poêle placé près de son lit.

L'affaiblissement, devenu de plus en plus considérable, à l'époque qui précéda son entrée à l'hôpital, l'avait forcé à suspendre son travail sans cependant s'aliter.

Le 15 février 1847, nous procédâmes à l'autopsie.

Etat extérieur.—Maigreur extrême.

Tête.—La dure-mère n'offre rien de remarquable ; pas d'épanchement sous-arachnoïdien ; pas d'altération des méninges. La pulpe cérébrale est saine, sans traces de ramollissement ou d'apoplexie.

Poitaine. Point d'épanchement dans les plèvres ni dans le péricarde. Les deux poumons ont une couleur violacée dans toute leur étendue ; ils sont médiocrement pesants, et laissent écouler à la coupe un liquide sanguinolent aéré ; il n'y a point de traces de pneumonie, point de tubercules.

Le cœur est du volume normal, sans augmentation d'épaisseur de ses parois, sans dilatation des orifices ; il contient quelques caillots noirâtres non organisés, plus abondants dans le ventricule droit que dans le gauche.

Abdomen. A la partie inférieure de l'intestin grêle, la muqueuse est légèrement rouge, sans ulcérations, sans lésion aucune des éléments glanduleux de cet organe.— Un peu de rougeur de la membrane muqueuse du gros intestin.

La lésion la plus curieuse, et sur laquelle nous allons insister se rencontrait dans l'estomac.

Ce viscère est d'un volume normal ; sa couleur celle de l'état sain ; ses fibres musculaires paraissent un peu hypertrophiées. Sa cavité ne contient qu'un peu de liquide transparent, inodore, mêlé de mucosités.

La muqueuse est blanchâtre dans le grand cul de sac, et à la région pylorique, légèrement rougeâtre le long de la grande courbure.— Nulle part d'ulcérations, ni de ramollissement ; mais hypertrophie de la muqueuse.

Dans les trois quarts moyens de la cavité stomacale, le

long de la grande courbure principalement, et sur les faces supérieure et inférieure, on remarquait un nombre considérable d'éminences mamelonnées, au nombre de 150 à 200; ayant le volume d'une petite noisette, les unes pédiculées, les autres plus nombreuses, à base assez large; leur surface est lisse, sans traces d'orifices ou de pertuis; parmi ces éminences les unes sont isolées, les autres accolées à des mamelons de même nature, ou réunies par des prolongements saillants de la muqueuse. — Leur couleur est blanchâtre, semblable à celle de la muqueuse, qui n'est pas mamelonnée, et qui paraît saine. Elles sont mollasses au toucher, ne donnant pas cependant au doigt qui les presse la sensation d'un liquide contenu; aucun vaisseau ne parcourt leur surface ou leur base. En les incisant, on les trouve constitués par un tissu homogène, non vascularisé, n'ayant pas les caractères du produit cancéreux.

Ces hypertrophies de la muqueuse stomacale paraissent se continuer avec la membrane muqueuse saine qui les réunit; elles sont mobiles sur le tissu cellulaire sous-muqueux.

M. Fredault, interne de l'Hôtel-Dieu, a étudié ces excroissances au microscope; il n'a trouvé aucune trace de vascularisation; leur structure n'était pas celle du cancer; elles paraissaient constituées par un développement anormal de toutes les couches de la muqueuse. Le tissu cellulaire sous-jacent était parfaitement sain.

— Plusieurs questions intéressantes se présentent ici. — Où siègent ces excroissances? quelle est leur nature? quelle a été la cause de leur développement?

Les observations de cas analogues à celui que nous rapportons ici, consignées dans les auteurs, pourront nous donner quelques renseignements utiles relativement à la solution des questions que nous venons d'énoncer.

Nous éloignerons d'abord les produits cancéreux, puis-

que l'examen microscopique a démontré que les hypertrophies de la muqueuse stomacale consignées dans le cours de cette observation, ne se rapportaient pas à cette classe de maladies.

Ces mamelons pourraient donc être des hypertrophies de follicule ou de villosité.

Nous éloignons les excroissances de nature inflammatoire; en effet ces végétations, s'il faut en croire Billard, sont généralement molles, saignantes, caractères dont sont dépourvues les excroissances qui nous occupent ici.

L'absence d'ouvertures, et surtout l'examen microscopique, nous portent à croire que nous n'avons pas affaire ici à une hypertrophie des follicules; nous devons dire cependant que les anatomopathologistes qui ont observé cette lésion, font remarquer que dans l'hypertrophie, la structure de ces éléments anatomiques est tellement modifiée, que l'on peut facilement se méprendre sur leur nature.

Ces éminences polypiformes nous paraissent ne pouvoir être rationnellement rapportées qu'à une hypertrophie des villosités. On sait que M. Rullier a rapporté un cas de ce genre, mais dans lequel les mamelons n'étaient pas aussi nombreux que dans le cas qui nous occupe, puisque leur nombre n'allait pas au-delà de 80. — Des pièces analogues ont été présentées plusieurs fois à la Société anatomique; dans aucun cas cependant l'hypertrophie n'était aussi générale.

Ces villosités sont-elles hypertrophiées, sous l'influence d'une phlegmasie chronique? c'est un problème que nous n'osons résoudre, nous contentant de rappeler l'ingestion fréquente de boissons alcooliques.

Une coïncidence remarquable, et sur laquelle M. Richard, membre de la Société, a attiré notre attention, est l'existence de la diarrhée qui se rencontrait également dans un cas analogue soumis à son observation.

Nous terminerons en résumant le diagnostic par ces mots : *Hypertrophie polypiforme des villosités de l'estomac.*

Rapport sur l'observation précédente, par M. DELPECH.

(26 février 1847).

Ce n'est guère que dans les auteurs modernes que l'on peut rechercher des faits d'altérations de la muqueuse gastrique.

Morgagni, il est vrai, avait signalé l'hypertrophie folliculeuse de la membrane interne de l'estomac; mais je n'ai pas trouvé qu'il ait constaté l'augmentation de volume des papilles, ou la production de polypes.

MM. Andral, Rullier, Billard, sont les premiers qui aient fait connaître d'une manière nette et précise les hypertrophies sans altération de structure de la membrane muqueuse du ventricule.

L'estomac décrit par Rullier ne différait de celui que vous avez eu sous les yeux, que par le nombre moins considérable des tumeurs qu'il offrait à sa face interne.

Le premier M. le professeur Andral a constaté l'existence de plusieurs formes d'hypertrophie.

A la surface d'un estomac existaient sept végétations, dont chacune avait environ le volume d'une noix. Elles étaient toutes semblables par leur nature et par leur forme. Elles tenaient par une large base à la membrane muqueuse dont elles étaient un simple développement.

Nous rapprocherons de ce fait, le fait suivant, rapporté par le même auteur. Toute la face interne d'un estomac était couverte de nombreuses lames placées de champ, coupées perpendiculairement par l'axe longitudinal de l'estomac, et formées par un développement insolite de la membrane muqueuse. Ne pourrait-on pas attribuer la disposition régulière de l'hypertrophie, dans ce cas, à l'ordre régulier dans lequel les villosités sont rangées sur les surfaces muqueuses ?

Est-ce à une hypertrophie de cette nature qu'il faut at-

tribuer le fait signalé par Billard, dans lequel des granulations blanches du volume d'un grain de millet couvraient la muqueuse de l'estomac.

La présence simultanée de follicules malades dans l'intestin, nous fait penser qu'il s'agissait d'une hypertrophie folliculaire simple.

Enfin, notre collègue M. Richard a présenté récemment à la société, un estomac qui offrait à sa face interne plusieurs granulations, qui furent généralement attribuées au développement anormal des follicules gastriques.

L'existence de tannes à la surface des tumeurs, la présence dans leur intérieur d'une matière sébacée qui suintait par la pression séparait nettement ce fait de celui qui nous occupe.

D'ailleurs, l'observation microscopique a suffisamment démontré dans les tumeurs, l'absence des éléments du kyste folliculaire.

Deux questions peuvent seules être soulevées à l'occasion de cette hypertrophie. Est-ce une villosité, qui, en se développant, a donné naissance à chacune des tumeurs? Est-ce la membrane muqueuse elle-même avec tous ses éléments qui a végété, et qui, sous l'influence d'une nutrition plus active, a pris vers la cavité de l'organe une extension en surface que lui refusait la résistance de la membrane fibreuse? L'isolement de chacune des tumeurs me porterait à admettre l'hypertrophie d'un organe limité, et par conséquent à me ranger à la première des hypothèses.

Quoi qu'il en soit, l'observation microscopique a montré qu'il n'y avait là qu'une exagération des propriétés de la membrane, sans altération de sa texture.

Nous arrêtons-nous aux causes de cette lésion? comment a agi l'introduction habituelle de liquides excitants pour la produire? Y a-t-il eu là une irritation inflammatoire? L'alcool, en modifiant les sécrétions, a-t-il affecté nécessairement à la nutrition exagérée de la muqueuse,

une partie des liquides destinés à la production des sucs gastriques ?

Dans tous les cas, nous admettrons, avec MM. Natalis Guillot et Andral, que de telles hypertrophies sont puissamment favorisées par la disposition des vaisseaux de l'estomac et par l'exagération du système artériel gastrique comparé au système veineux.

M. *Richard* rappelle le fait d'hypertrophie des follicules de l'estomac présenté par lui l'année dernière, (v. Bull. 1846. p. 210) qui avait quelque analogie avec le fait actuel, bien que ce ne soit pas l'opinion de M. *Deville*.

M. *Deville* répond que, pour lui, la nature de la lésion, dans l'estomac présenté par M. *Leudet*, ne peut pas être déterminée, mais que dans tous les cas la pièce ne ressemble pas à celle de M. *Richard*. Dans cette dernière, en effet, les tumeurs à base large présentaient un orifice très béant, et l'on pouvait y suivre par degrés tous les caractères de l'hypertrophie folliculaire; tandis que dans la pièce de M. *Leudet*, il n'y a pas une seule ouverture, et toutes les tumeurs sont en définitive pédiculées; ces tumeurs ressemblaient assez volontiers à une hypertrophie de la muqueuse gastrique.

M. *Barth* a pu observer, il y a dix-huit mois environ, une lésion semblable à celle que présente M. *Leudet*, mais moins étendue. Les tumeurs en petit nombre étaient les unes sous forme d'une saillie simple de la muqueuse; les autres plus allongées, plus saillantes; l'une d'entr'elles plus remarquable et du volume d'un gros pois, était supportée par un long pédicule. Il était facile de constater qu'il y avait dans ces tumeurs un simple épaissement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux, parsemé de vaisseaux qui communiquaient avec le système vasculaire sous-muqueux. On pourrait établir très bien des degrés, entre l'état mameloné normal de l'estomac, l'hypertrophie de la muqueuse et la tumeur pédiculée. M. *Barth* ne pense pas non plus que les tumeurs de ce genre proviennent d'une hypertrophie folliculaire.

M. *Montard-Martin* a pu observer, il y a près de deux ans, un fait de même genre chez une femme morte dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu. Il serait possible que ce fût le même fait qu'a examiné M. Barth.

M. *Mercier* a présenté en 1837 ou 1838 à la Société un fait analogue dans lequel trois ou quatre végétations pédiculées faisaient saillie à la surface interne de l'estomac; dans la partie terminale renflée de chacune d'elles se voyait un caillot sanguin. § M. *Barth* fait remarquer que toutes ces tumeurs, qu'on pourrait très bien appeler des polypes, seraient peut-être bien la conséquence d'une inflammation. D'après les considérations émises plus haut, elles seraient une exagération de l'état mammeloné de l'estomac; or, cet état mammeloné positivement produit par les inflammations est considéré, quand il est très notable, comme de nature inflammatoire. Chez le malade de M. Leudet, les habitudes d'ivrognerie déterminant des stimulations fréquentes du côté de l'estomac, seraient favorables à cette hypothèse.

*Paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure du
côté droit.*

Par M. HANNOIS, docteur en médecine, (2 avril 1847).

Le nommé Charmois (Nicolas Noël), âgé de 30 ans, ouvrier imprimeur, né à Chevreuse, résidant actuellement à Suresne, d'un tempérament nerveux, est entré le 19 du mois d'octobre 1844, à l'hôpital de Notre-Dame de Pitié, petite salle Saint-Gabriel, n° 3, pour une difformité de la paupière supérieure de l'œil droit. Celle-ci est moins épaisse que celle du côté opposé; elle semble amaigrie; la fente palpébrale paraît aussi un peu moins longue que celle du côté gauche. Le

sourcil droit, au lieu d'affecter une position en harmonie avec celui du côté opposé, est fortement porté en haut, surtout dans sa partie moyenne et externe, de sorte qu'au lieu de se trouver à peu près au niveau du bord supérieur de l'orbite, il dépasse sa hauteur ordinaire d'au moins un centimètre et demi.

Cet abaissement de la paupière d'un côté, et de l'autre l'élévation du sourcil, laissent entre celui-ci et le bord libre de la paupière un espace très considérable, qui donne à la physionomie du malade un aspect tout-à-fait singulier.

Quand le malade veut lever la paupière, il ne peut le faire; s'il veut regarder fixement le plafond, on observe dans cette paupière des soubresauts qui tendent à la porter en haut. Il affirme que quelquefois, quand il lit ou qu'il fixe pendant longtemps un objet, la paupière est brusquement levée, indépendamment de sa volonté, et retombe immédiatement, après avoir laissé entre elle et la paupière inférieure un espace tel, que dans la direction horizontale, la cornée est entièrement découverte.

Quand cet homme, placé à une certaine distance, soulève mécaniquement la paupière avec le doigt, tout en fixant un objet, on voit que l'œil droit a sa direction normale; qu'il n'est point porté en dehors, comme cela a lieu dans les cas de paralysie complète du nerf moteur oculaire commun : il est libre dans tous ses mouvements de dehors en dedans, de dedans en dehors, de haut en bas, et même de bas en haut; de sorte que la maladie consiste seulement dans le manque de mouvement du muscle élévateur de la paupière supérieure. La paralysie, par conséquent, ne porte que sur la partie des filets que donne à ce muscle la branche supérieure du moteur oculaire commun.

Le malade, qui n'a subi aucun traitement contre cette difformité, l'apporta en naissant, toutefois un peu moins prononcée qu'elle ne l'est aujourd'hui. L'œil droit fut toujours plus faible que l'autre. Jusqu'à l'âge de huit ans, il

souffrit de la lumière du soleil : ce fut pour le dérober à l'action de rayons trop vifs, que le malade contracta l'habitude d'appliquer sur cet œil la paume de la main, et déterminâ, dit-il, par ces manœuvres ; l'abaissement complet de la paupière. Ses deux yeux, et le droit surtout, furent pendant longtemps sujets aux orgeolets. Un médecin conseilla l'usage de boucles d'oreilles, et les orgeolets disparurent.

M. le professeur Auguste Bérard, après s'être assuré qu'en faisant subir à la paupière supérieure une perte de substance d'environ 12 à 15 millimètres de hauteur, il lui resterait encore assez d'étendue pour recouvrir totalement le globe de l'œil, se proposa de faire une opération analogue à celle que l'on pratique dans les cas de renversement de la paupière en dedans.

L'opération fut pratiquée le 7 novembre. La veille, le malade y avait été préparé par un purgatif et un bain de pieds. Un pli fut pris à la peau de la paupière, parallèlement à la fente palpébrale qu'il égalait en longueur. La peau fut saisie beaucoup plus près de l'arcade sourcilière que du bord libre de la paupière, et soulevée à l'aide d'une pince à bécquilles en arc de cercle; cinq épingles à insectes furent passées au travers de la partie saisie; puis avec des ciseaux, M. Bérard incisa au devant des épingles; il fit une perte de substance d'un centimètre et demi environ de large dans toute l'étendue transversale du pli palpébral; la suture entortillée fut pratiquée, et avec elle finit l'opération.

Aucune complication ne survint. Trois jours après leur application, les épingles furent retirées; le fil de la suture adhérait à la cicatrice; M. Bérard ne fit point d'effort pour l'en détacher. La paupière était un peu tuméfiée; on ne pouvait juger ni de l'état de la cicatrice, ni du résultat de l'opération; les fils tombèrent deux jours après. La réunion par première intention avait manqué seulement dans le milieu; la petite plaie fut pansée simplement, puis avivée

avec le crayon de nitrate d'argent. Au bout de huit jours, la cicatrisation était complète. Un peu d'empâtement existait encore dans toute la paupière, de sorte que le résultat ne se manifestait pas encore favorablement; mais peu à peu l'engorgement disparut, et aujourd'hui qu'il ne persiste plus que très médiocrement, voici ce qu'on observe : la paupière opérée est rouge jusqu'au dessus de la cicatrice; celle-ci est située un peu au-dessous du repli palpébral ; le sourcil, moins élevé qu'avant l'opération, est encore, par sa position, supérieur à celui du côté opposé; il est, quand le malade ouvre les yeux, soulevé par le muscle occipito-frontal, et avec lui s'élève la paupière supérieure. Un pli de la peau, allant du milieu de la cicatrice au grand angle de l'œil, forme une sorte de bride qui la retient d'une manière assez considérable. Immédiatement après l'opération, le sourcil avait été abaissé, moins à cause de la déperdition de substance de la paupière, qu'à cause des douleurs que les contractions musculaires auraient déterminées; aujourd'hui, et depuis que la cicatrice est solide, et que les contractions de l'occipito-frontal ne sont plus douloureuses, il tend à reprendre sa position élevée.

L'opération a pratiqué au malade un avantage réel : quand il regarde dans la direction horizontale, la cornée est découverte dans ses deux tiers inférieurs, en sorte que le malade voit les objets placés horizontalement; il peut même, sans lever la tête, apercevoir le plafond de la petite salle Saint-Gabriel; quand le malade ferme les yeux, on voit, pendant qu'il exécute ce mouvement, que la paupière opérée n'est plus absolument assez longue, et que le globe de l'œil ne serait point entièrement caché si la paupière inférieure n'était un peu soulevée par la contraction du muscle orbiculaire.

Le malade a quitté l'hôpital cinq semaines environ après l'opération dans un état tout-à-fait satisfaisant. La paupière s'élevait assez sous l'influence de la contraction du muscle

occipito-frontal, pour que la vision s'accomplît parfaitement, et d'une autre part, l'occlusion volontaire des paupières était complète : de telle sorte que, malgré la perte de substance, la surface du globe de l'œil était protégée à chaque mouvement de clignement, et pendant le sommeil, contre l'action irritante de l'air et de la lumière.

Extrait d'une observation de céphalœmatôme,

Présentée par M. RIEUX, élève des hôpitaux, (17 avril 1846).

Ce céphalœmatôme a été recueilli sur un enfant mort dix-huit jours après sa naissance. Pendant les trois premiers jours, la tumeur a constamment augmenté; elle avait alors 22 centimètres de circonférence à sa base. Diamètre antéro-postérieur, 12 centimètres. Diamètre transverse 10 centimètres. On pratique une ponction qui fournit une demi palette de sang rouge artériel. — 2 jours après, seconde ponction qui donne issue à du sang mêlé à un peu de pus. — 6 jours plus tard, troisième ponction, qui donne encore issue à un sang mêlé à du pus.

A la suite de cette dernière ponction, il survient une inflammation pseudo-membraneuse de la bouche, une inflammation du poumon gauche, et la mort; à l'autopsie, on trouve que la tumeur est flasque, affaissée, oyoïde, de couleur violacée. La section de la peau qui la recouvre est facile. Elle a toutefois contracté des adhérences assez fortes vers la fontanelle postérieure et supérieure. En dedans la tumeur ne dépasse pas la ligne médiane, où elle est limitée par la suture sagittale. En dehors, elle s'étend jusqu'à l'insertion aponévrotique circulaire du muscle temporal; elle part en avant de la fontanelle supérieure et antérieure, et va jusqu'à la fontanelle supérieure et postérieure.

L'aponévrose sous-cutanée est blanche et nacrée dans presque toute son étendue. Elle est transparente, et laisse voir sous elle une veine assez distendue par du sang noir. A sa surface externe, on aperçoit les traces des trois incisions : les deux premières sont entièrement cicatrisées ; la dernière ne l'est pas encore.

L'aponévrose est incisée suivant la longueur du diamètre antéro-postérieur, et l'on voit couler un sang veineux assez consistant. Le fond du kyste est rempli de concrétions de nature différente. Ainsi, en quelques points, se trouvent des caillots fibrineux consistants, des caillots fibrineux peu consistants, ou analogues à de la gelée de groseille. En d'autres points existent de véritables petits foyers purulents. On rencontre encore quelques concrétions blanchâtres ressemblant à de la substance cérébrale ramollie.

Ces caillots s'enlèvent avec facilité, et mettent en évidence le périoste altéré dans sa composition. Il renferme dans sa substance des détritits de vaisseaux veineux. Il est ramolli, d'une épaisseur de 3 millimètres, et se laisse détacher et déchirer comme une fausse membrane. Il n'est adhérent qu'à un épaissement gélatiniforme, qui est le bourrelet circulaire interne de la tumeur.

Le périoste enlevé, on aperçoit le pariétal, et sur sa surface une foule de petits pertuis très fins, tous remplis par du sang, et qui ont dû livrer passage à des vaisseaux venant s'ouvrir dans l'intérieur de la tumeur. La réunion de tous ces orifices vasculaires donne à l'os un aspect rayonné.

A la partie inféro-externe de la bosse pariétale, existe une ecchymose assez foncée, qui viendrait corroborer l'opinion de M. Valleix sur l'étiologie du céphalœmatôme, savoir la constriction exercée par le col utérin sur le vertex au moment du passage. Le pariétal présente en outre sur son milieu un point qui semble aminci.

Le cerveau est congestionné dans l'hémisphère gauche seulement. Ainsi à sa surface rampent des vaisseaux nombreux et distendus ; à son intérieur, on découvre par les différentes coupes un piqueté rouge abondant.

— Cette sorte de tumeur présente plusieurs particularités importantes à noter sous le rapport de la rareté, du volume, du siège, de la rapidité de reproduction, enfin de l'anatomie pathologique.

Rareté. — Le céphalœmatome sous-aponévrotique, selon M. Vidal, n'est pas de beaucoup l'espèce la plus fréquente. Cependant on en trouve dans les annales de la science, quelques cas observés par MM. Baudelocque, Velpeau et Paul Dubois. Encore sont-ils simples, dégagés de toute complication.

H. Bell n'admet pas avec MM. Valleix, Meissner, Vidal et quelques autres auteurs, que l'épanchement sanguin qui se fait entre l'aponévrose et le péricrâne soit un véritable céphalœmatome. En effet, dit-il, entre la bosse sanguine sous-aponévrotique et celle qui siège au-dessus de cette membrane, il n'y a aucune différence sensible pour les causes, la marche, les signes et les résultats. Nous ne saurions adopter cette manière de voir, qui n'est pas fondée sur une observation rigoureuse. Le cas que nous rapportons nous a offert, indépendamment des signes, des résultats auxquels ne serait certes pas arrivé de longtemps au moins, l'épanchement sanguin sous-cutané.

Volume. — Rarement les tumeurs de cette nature prennent un accroissement aussi considérable. Rappelons-nous en effet qu'elle avait 22 centimètres dans sa circonférence, 13 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, et 10 centimètres dans son diamètre transverse. Ce qui équivaut à peu près au volume d'un gros œuf de dinde.

Siège. — Le plus ordinairement cette tumeur a son siège sur le pariétal droit. Le fait actuel est donc une exception; il est bon de la mentionner.

Rapidité de reproduction. — Trois ponctions ont été pratiquées dans l'espace de cinq jours, et chaque fois la quantité de sang était aussi considérable. Ne serait-il pas aussi curieux pour le physiologiste, qu'utile pour le praticien, de connaître le mécanisme d'une si prompte reproduction? Nous voyons bien des cavités séreuses vidées se remplir d'un nouveau liquide en des temps quelquefois très rapprochés; mais alors il existe une augmentation dans la fonction de sécrétion par toute la surface de la membrane. Ici rien de semblable; on n'aperçoit que quelques petits pertuis sanguins extrêmement fins, à peine visibles, et dans une étendue très peu considérable.

Anatomie pathologique. — Suivant Michaëlis et Paletta, on trouve quelquefois la table externe de l'os détruite, cariée ou nécrosée. Ce qui aurait permis aux vaisseaux du diploë de fournir le sang qui forme la tumeur. D'une autre part, Nægelé, Zeller, Hœre et autres ont prétendu avoir trouvé l'os parfaitement lisse et poli. Nous ferons remarquer ici, comme l'a du reste signalé Burchard, un développement inusité de vaisseaux sanguins, qui viennent tous aboutir à la surface externe de l'os, et qui réunis donnent à ce dernier un aspect rayonné: de plus, le péricrâne renfermait des débris de vaisseaux veineux.

Quoique M. Valleix ait démontré à la Société Anatomique qu'il n'existait réellement pas de table externe, il ne faudrait pas en conclure que l'os ne puisse être altéré. Il nous a semblé, par un examen des plus attentifs, reconnaître un amincissement dans un point du pariétal qu'occupait la base de la tumeur, et ce fait, en admettant son existence, nous ferait concevoir la formation du céphalœmatome sus-méningien, qui ne serait plus en quelque sorte qu'une complication du céphalœmatome sous-aponévrotique ou sous-péricrânien.

Ainsi, il s'épanche à travers les parois du crâne, ou par la rupture de vaisseaux externes, une certaine quantité de

sang entre le périoste et l'aponévrose. Ce sang épanché peut subir une altération et enflammer le périoste. Celui-ci se congestionne, s'épaissit, puis finit par se ramollir et se transformer en une pseudo-membrane. Il se détache, et l'os est bientôt en contact immédiat avec le sang, ou plutôt le liquide purulent. Ils'établit en un point quelconque de sa face externe, un travail de ramollissement, d'ulcération, et une perforation ne tarde pas à se faire. Le liquide s'échappe alors par cette ouverture, et va former un nouveau foyer sus-méningien. Je crois que dans beaucoup de cas cela se passe comme je l'ai indiqué; et je ne sais pas si on a observé de véritables céphalœmatomes sus-méningiens, sans communication avec d'autres poches extérieures. Du reste, la pièce que nous montrons à la Société vient confirmer nos idées. Plusieurs de ces altérations successives y sont évidentes. Ainsi le périoste a subi sa transformation pseudo-membraneuse. Sa surface est couverte de caillots fibrineux dans quelques points, purulents dans d'autres. Le pariétal enfin est aminci, et semble marcher vers une perforation.

Méningite tuberculeuse; tubercules dans les reins, l'utérus, etc.

Par M. Jules GODARD, externe à l'Hôtel-Dieu. (16 avril 1847).

Le 5 avril 1847, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Louis, salle Saint-Landry, n° 10, la nommée Delaunoy, femme Chauvin, satineuse, âgée de 23 ans, demeurant rue Mouffetard, n° 2.

Les accidents qui amènent cette femme à l'hôpital ne remontent qu'à 15 jours; mais elle est malade depuis 3 ans. Elle perdit son mari à cette époque, le 10 mars, et ses ré-

gles, déjà irrégulières depuis quelque temps, se supprimèrent tout-à-fait, et furent remplacées par un écoulement blanc qui persiste encore. Deux semaines après, elle fut prise de douleurs très vives dans le côté droit de la tête; les douleurs ne l'ont pas quittée depuis, le froid les rendait plus violentes, quelquefois elles changeaient de côté.

Ses cheveux tombèrent dans une étendue de la grandeur de la paume de la main, mais repoussèrent la même année.

Il y a 15 jours, s'étant, dit-elle, exposée au froid, les douleurs devinrent extrêmement intenses, au point de lui arracher des cris, et elle fut obligée de cesser de travailler.

6 avril. Elle éprouve au côté droit de la tête, une douleur très forte qui est augmentée par la pression; la pupille droite est plus dilatée que celle du côté gauche; du reste, elle voit très bien.

Sa tête est un peu inclinée à droite. Elle souffre beaucoup au cou quand on essaie de lui imprimer quelque mouvement. Son bras droit est un peu engourdi depuis 15 jours.

Il y a une grande différence dans la force du bruit respiratoire des deux côtés. Il est obscur à droite. Le pouls bat 80 fois par minute. La face est un peu colorée. Il y a un peu de chaleur à la peau.

La langue est blanche, jaunâtre; la malade a eu des nausées et des vomissements. Elle souffre à l'épigastre. Elle n'a pas été à la selle depuis deux jours. Chez elle, on l'a purgée, et on lui a appliqué un vésicatoire. (Limonade tartrique; une pilule d'aloës de 15 centigr. lav. émol.).

Le soir, la malade a eu du délire; on a dû l'attacher.

Le 7, les douleurs persistent. La malade n'est pas allée à la selle. (20 sangsues derrière l'oreille droite, deux pilules d'aloës).

Le 8, elle déraisonne pendant la visite, quoiqu'assez calme, elle est attachée. Pouls faible, serré, étroit, à 88. La malade se dit être mieux et ne pas souffrir de la tête; elle

n'est pas allée à la selle. (20 sangsues derrière les oreilles; lavement purgatif).

Le 9, la malade a eu hier du délire; elle a crié toute la journée, calme la nuit. Son pouls était hier soir à 112, ce matin à 116. Les douleurs persistent; elle a été à la selle.

Le 10, elle dit ce matin ne souffrir nulle part; elle remue la tête sans éprouver de douleur; elle divague, parle en traînant et en chantant; contorsions de la face, mouvements rapides du bras gauche. Hier soir le pouls était tombé à 96, ce matin il est à 104.

Le 11, la malade ne souffre pas de la tête; la commissure droite des lèvres se trouve abaissée, le sillon naso-labial est plus prononcé que de l'autre côté. Le pouls est, le matin à 120, et dans la journée à 148; chaleur humide. Mort dans la nuit.

Autopsie, le 13 avril, 38 h. après la mort. *Cerveau*. La dure-mère n'est pas injectée; la pie-mère est, au contraire, rouge foncé; elle présente dans son épaisseur, au niveau du pédoncule cérébral gauche, un corpuscule aplati, de forme irrégulièrement arrondie, du volume d'un grain de millet, jaune, demi-transparent. Cette membrane présente un corpuscule analogue au niveau de la face supérieure du lobe gauche du cervelet; dans la scissure de Sylvius, au niveau de la bosse orbitaire, à 1 centimètre du corps strié, on en trouve un troisième, gros comme un petit pois. Enfin au même niveau, on en voit un dernier, irrégulièrement arrondi, et bosselé comme le précédent, mais un peu plus volumineux et adhérent à la dure-mère par un pédoncule rétréci. Ces deux dernières tumeurs sont assez dures, gris rosé, demi-transparentes, d'un aspect cartilagineux; à leur centre, se trouve une matière jaune claire, molle, caséeuse, qui n'est autre chose que de la matière tuberculeuse ramollie, ainsi que l'a démontré l'examen microscopique fait par M. Ch. Robin.

Du reste, la substance cérébrale n'offre aucune altération. Il n'y a pas de piqueté rouge; *Poitrine* — les poumons adhèrent à la plèvre costale dans toute leur étendue. Les lobes supérieurs, surtout celui du côté gauche, présentent un grand nombre de granulations grises, et des tubercules miliaires, dont quelques-uns ramollis. Dans les autres lobes, on voit encore des granulations grises, mais plus rares. Les ganglions bronchiques sont complètement tuberculeux. Le cœur ne présente rien de remarquable.

Abdomen. — L'épiploon est très adhérent aux parois abdominales. Il n'y a pas d'adhérences entre les circonvolutions intestinales : pas de liquide, ni de tubercules dans le péritoine. L'intestin grêle présente en deux ou trois points de petites granulations tuberculeuses aplaties, situées sous le péritoine; la muqueuse est ulcérée à leur niveau. On rencontre deux larges ulcérations tuberculeuses dans le gros intestin, l'une dans le colon transverse, l'autre dans l'S-iliaque. Le foie est rouge, consistant, ne grasse pas le scalpel. Le pancréas est sain, la rate ne présente rien de remarquable, si ce n'est l'existence d'une petite rate supplémentaire, arrondie, aplatie, ayant 2 centimètres de diamètre. Les reins ont leur volume et leur forme normales; ils sont un peu mous. Le rein gauche présente dans son épaisseur, à la partie moyenne, et dans la substance corticale un tubercule cru, du volume d'une petite noisette. Une granulation tuberculeuse, grosse comme un grain de chenevis, existe à la base de l'un des cônes de la substance tubuleuse.

Le rein droit renferme également dans son épaisseur deux granulations semblable à la précédente, et situés dans la substance corticale, près du bord convexe.

Le vagin est sain.

L'Uterus a tout à fait son volume normal; (1) la nature

(1) Hauteur de l'utérus, 7 centimètres, dont 3 pour le col.

extérieure est lisse, l'orifice du col est étroit, arrondi, et recevrait une plume de corbeau; son tissu est assez mou, rouge, lie de vin.

La cavité du col est tapissée d'une couche de matière jaune verdâtre, crèmeuse qui se continue dans la cavité du corps, où elle représente une masse de la grosseur d'une amande à peu près, et se prolonge dans les cavités infundibuliformes.

Les trompes sont trempées d'une matière semblable, mais plus consistante.

L'ovaire droit en contient également dans son épaisseur.

L'ovaire gauche est sain.

Cette matière a tous les caractères extérieurs du tubercule, et l'ayant examinée au microscope, avec mon ami Louis Corvisart, nous y avons trouvé les cellules caractéristiques du tubercule.

Largeur au niveau des trompes : 4 centimètres au niveau du col 2 centimètres 1/2.

Parois 14 millimètres à la partie moyenne du corps, 8 millimètres au col.

MEMBRES NOMMÉS DANS LE DERNIER TRIMESTRE.

Membre titulaire :

M. COURTIN.

Membres adjoints :

MM. GUIBOUT, int. des hôp.	MM. LE TIXERANT, élève des
DUBOIS, <i>id.</i>	hospitaux.
FOLLIN, <i>id.</i>	BLAIN DES CORMIERS, <i>id.</i>

Membre correspondant :

M. RECLAM.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXII^e ANNÉE.

BULLETIN N° 7 (Août 1847).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, POUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

A. — Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

— 1. Engorgement général de l'utérus. — 2. Absence accidentelle de tous les orteils. — 3. Rétrécissements de l'estomac. — 4. Transformation fibreuse du testicule. — 5. Luxation coxo-fémorale. — 6. Transposition des viscères. — 7. Tumeurs fibreuses des viscères. — 8. Ulcérations de l'intestin grêle. — 9. Épanchements sanguins dans le rein. — 10. Exostose du tibia. — 11. Absès par congestion. — 12. Flexion de l'utérus. — 13. Invaginations de l'intestin grêle. — 14. Hydatides du poumon. — 15. Coxalgie ancienne. — 16. Pneumonie chronique. — 17. Gastrite.

B. Tumeur sanguine siégeant dans l'os scaphoïde du tarse.—
(Obs. et rapp.)

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. M. Barth présente l'utérus d'une femme de 37 ans, morte à la suite d'un hydropneumothorax dans le service de M. Bouillaud.

Bien que cette femme n'ait pas eu d'enfants depuis dix ans, la matrice offre une longueur à peu près égale à 0^m,12, une largeur de 0^m,06 au niveau du fond de cet organe; l'épaisseur enfin de sa paroi antérieure peut être évaluée à 0^m,02 environ. Est-ce là de l'hypertrophie? Est-ce là un engorgement général? Il est plus disposé à admettre un engorgement général; car le tissu utérin est plus rouge que de coutume. De ces deux états, c'est celui-ci qui offre le plus de chances de guérison: en effet, s'il y a de la congestion, les émissions sanguines locales ou générales pourront avoir de grands avantages; il est vrai que, dans les cas où il y a hypertrophie, on ne doit point renoncer à toute espèce de traitement, car pourquoi n'emploierait-on pas tant à l'extérieur qu'à l'intérieur les altérants, les fondants, comme iodures, mercuriaux etc., dont la pratique a démontré l'utilité dans certaines hypertrophies musculaires, celles du cœur, par exemple.

A l'appui de cette opinion, M. *Bernard* raconte qu'il a vu il y a peu de temps, dans le service de M. *Grisolle* (hôpital Saint-Antoine) un cas d'hypertrophie de l'utérus survenue chez une femme de 25 ans hors d'état de grossesse; cette lésion, bien constatée par le toucher vaginal et la palpation abdominale, avait complètement cédé au bout d'un mois à un repos absolu et aux frictions iodurées.

Tout en admettant avec M. *Barth*, que plus il y a de congestion, plus grandes aussi sont les chances de guérison, M. *Mailliot* ne croit pas à la possibilité d'obtenir la diminution du volume d'un organe dont l'hypertrophie daterait de 5 à 6 mois; et c'est cette dernière altération que présente la pièce de M. *Barth*. — Pourquoi, ajoute le présentateur, l'absorption ne pourrait-elle s'exercer sur un organe hypertrophié de la même manière qu'on la voit dans certaines circonstances agir sur l'ensemble de l'économie, et amener l'amaigrissement.

Pour M. *Gubler*, on ne peut dans le cas actuel se refuser à admettre un engorgement général, puisque les parois utérines sont plus épaisses, ramollies et beaucoup plus vasculaires.

2. *M. Pigné* montre les deux extrémités inférieures d'un sujet qui présentait de chaque côté une absence accidentelle de tous les orteils : les deux moignons sont recouverts depuis les malléoles, d'une peau qui, par sa ténuité et sa pâleur, est évidemment un produit de formation secondaire, ce qu'indiquerait en outre l'adhérence de ce tissu aux parties sous-jacentes. Les moignons sont terminés par une courbe régulière à convexité antérieure.

Au-dessous de la peau, les tendons des extenseurs et des fléchisseurs se confondent complètement dans le tissu cellulo-fibreux qui unit la peau avec les os métatarsiens; il est même impossible de les suivre au-delà de la partie moyenne de ces derniers. Ces os sont terminés en avant par des renflements en champignons qui unissent entr'eux d'une manière exacte les trois premiers os du métatarse et les deux derniers d'une manière incomplète. Tous ces métatarsiens sont courbés de haut en bas de manière à présenter une vaste concavité qui regarde la plante du pied. Pour MM. Cruveilhier et Pigné, cette altération serait le résultat d'une gangrène (par brûlure ou congélation) à la suite de laquelle tous les orteils se seraient détachés.

3. 1° *M. Pigné* fait voir un estomac insufflé et desséché, recueilli sur le cadavre d'une femme morte phthisique à l'âge de 30 ou 32 ans, et qui présentait à la partie inférieure du thorax un rétrécissement dû sans aucun doute à l'usage d'un corset.

Sur cet estomac, on voit à 0^m,08 environ de l'œsophage un rétrécissement considérable, qui sépare ce viscère en deux cavités distinctes : les parois ne sont pas hypertrophiées : à la face interne de cette partie rétrécie, la muqueuse offre en arrière et en bas un commencement de valvule. — *M. Pigné* attribue ce rétrécissement à la cause qu'il vient de signaler pour le thorax, et il admet cette explication, d'autant plus volontiers qu'à ce même niveau le foie divisé en deux hémisphères supérieur et inférieur, séparés l'un de l'autre par une forte dépression, a subi une transformation fibreuse, qui est surtout évidente aux faces antérieure et postérieure de cet organe; car, dans la partie qui

leur est intermédiaire, le tissu hépatique a conservé une partie de ses caractères.

Pour M. *Cruveilhier*, cette lésion est congénitale; mais s'il en est ainsi, ajoute M. *Pigné*, pourquoi ne trouve-t-on pas ici deux grands culs-de-sac comme dans tous les estomacs bilobés; et comment expliquer l'absence de tissu musculaire au niveau du rétrécissement qui est plutôt fibreux. — En réponse à M. *Depaul*, qui prétend qu'un corset ne peut amener sur l'estomac un rétrécissement circulaire, le même membre fait remarquer qu'au foie où la cause de la lésion ne peut inspirer le moindre doute, l'altération siège aux faces antérieure et postérieure entre lesquelles le tissu hépatique n'a subi aucune altération.

A une interpellation de M. *Mailliot*, M. *Pigné* répond qu'il n'a pas remarqué si la disposition de l'estomac permettait de supposer que le rétrécissement fût en rapport avec la colonne vertébrale.

Suivant M. *Barth*, la cause de la lésion que l'on trouve sur l'estomac n'est certainement pas évidente : d'après les cas qu'il a pu observer, et où l'influence du corset avait été bien établie, on rencontrait toujours sur le foie l'altération dont vient de parler M. *Pigné*, gagnant de proche en proche les parties profondes : et dans ces cas, il n'a jamais rien observé sur l'estomac. Du reste, on n'a pas non plus rencontré de lésions pouvant servir d'intermédiaire entre un état aussi avancé et l'état normal.

Le même membre cherche à établir par voie d'exclusion que ce rétrécissement n'étant point pathologique, doit être congénital, et pour cela il rappelle 1°, que l'on n'a jamais noté l'existence à l'estomac de rétrécissements fibreux analogues à ceux que l'on observe au rectum, par ex. ; 2° que la présence d'anciennes ulcérations n'est guère admissible, puisque superficielles, elles eussent amené par la cicatrisation un froncement de la muqueuse, et que des ulcérations profondes seraient révélées par un épaissement des parois de l'estomac ; on n'a d'ailleurs jamais rencontré d'ulcérations occupant toute la circonférence de ce viscère.

M. *Broca* semble admettre, d'après les notions connues d'anatomie comparée, que ce cas sert de transition aux estomacs multiples que l'on voit chez certains vertébrés.

M. *Gubler* rappelle qu'on voit souvent à la Salpêtrière des lésions semblables du foie, dont la surface convexe présente quelquefois des collines antéro-postérieures. M. *Barth* enfin ajoute que le foie est alors le plus souvent fibreux, et que dans les cas où il est mou, il se plie et se fronce à ce niveau avec la plus grande facilité.

2^o M. *Pigné* montre un autre rétrécissement siégeant à la partie moyenne de l'estomac. Sur ce sujet, où ce viscère était presque vertical, le duodénum était également rétréci, le foie présentait encore sur ses deux faces cette transformation fibreuse qu'il vient de signaler ; et ces parties correspondaient au rebord des côtes. — Le même membre dit avoir trouvé cinq cas analogues, dans la même semaine mais arrivés à un degré moins avancé.

Si dans le cas qu'il présente maintenant, l'étranglement est moins prononcé, c'est probablement parce que la malade étant beaucoup plus âgée (62 ans) avait moins de coquetterie, et que par conséquent la cessation de l'usage du corset avait amené une diminution du rétrécissement.

M. *Barth* s'appuie sur ces faits pour montrer que, contrairement aux faits avancés par quelques auteurs, les femmes ne sont pas nées pour porter corset. Il rappelle que chez elles les côtes descendent très bas, et que le rebord de ces dernières forment une courbe anguleuse et non point régulière : c'est pour ce motif que M. *Barth* demande si ces altérations du foie correspondaient bien exactement au rebord des côtes, et n'étaient pas situées plus haut dans l'abdomen.

M. *Collin* pense que dans cette discussion il eût été bon d'établir tout d'abord que des corsets avaient été portés pendant la vie : il eût fallu indiquer leur degré de constriction. Toutes les femmes ne portent-elles pas des corsets ? et cependant ces altérations ne s'observent que sur un petit nombre.

M. *Barth*, qui a eu occasion de rencontrer ces altérations sur

les hommes, a pu, par des recherches ultérieures, constater que la compression était la cause de ces déformations.

4. *M. Pigné* montre les deux testicules d'un jeune homme de 20 à 22 ans : ces deux glandes, qui ont subi une transformation fibreuse, sont entourées par un liquide puriforme qui distend la tunique vaginale. On voit encore une masse légèrement jaune sur la nature de laquelle les micrographes ne sont pas d'accord ; car quelques-uns y ont vu du tubercule dont d'autres ont nié l'existence.

5. Le même membre présente une luxation en haut et en dehors de l'articulation coxo-fémorale trouvée sur le cadavre d'une femme âgée de 70 à 72 ans.

Sur cette pièce, il signale les faits suivants :

1° La direction du col du fémur, dont l'axe fait avec celui de l'os un angle aussi ouvert que chez une jeune femme.

2° L'atrophie et la transformation graisseuse des muscles de la fosse iliaque externe.

3° La laxité de la nouvelle capsule articulaire insérée à l'os des îles, et enveloppant complètement la tête qui est en outre baignée par de la synovie.

On voit sur cette pièce que la tête n'est pas enveloppée d'un cartilage de formation nouvelle, mais qu'elle a usé, comme par frottement, l'os des îles, qu'elle présente çà et là des traces de cartilages, et qu'elle est en outre, un peu détruite dans la partie qui regarde l'os iliaque; du reste, il n'y a pas contact immédiat, car la dépression causée dans ce dernier est recouverte d'un tissu fibreux très adhérent et très dense.

L'ancienne cavité articulaire présente une forme triangulaire dont la base regarde le trou obturateur. Cette cavité offre peu de profondeur, et est remplie de tissu fibreux très dense et fortement adhérent.

6. *M. Pigné* montre encore sur le tronc de cette femme une transposition complète des viscères, et rappelle qu'il en existe plusieurs exemples dans les Bulletins de la Société et au Musée Dupuytren.

M. Mailliot dit qu'il n'y a aucune analogie entre le fait que communique M. Pigné et celui présenté à une certaine époque par un des membres de la Société : car dans celui-ci le cœur seul avait été déplacé : il était, comme on a dit, retourné.

7. M. Pigné présente, au nom de M. Gosselin, des tumeurs recueillies sur une femme de 32 ans, morte des suites d'une amputation du sein pratiquée par ce chirurgien.

A l'autopsie, on trouva des tumeurs fibreuses sur presque tous les vicères, l'utérus, le foie, les poumons, etc. Celles du foie avaient (dit M. Pigné), une apparence absolument semblable à celle des tumeurs utérines. Leur vascularisation était très-grande à la surface et leur volume variable. L'examen microscopique qui en a été fait a démontré que celles des poumons étaient cancéreuses, tandis que celles de l'utérus étaient fibreuses.

M. Barth, qui dit n'avoir jamais vu de tumeur fibreuse du foie, regrette que M. Pigné n'en ait pas apporté ; car la Société eût pu, en constatant ce fait important, lui donner une authenticité qui lui manquera nécessairement.

8. M. Pigné fait voir une portion d'intestin grêle affecté d'ulcérations, et sur lequel on remarque une large plaque blanche qu'il croit être une cicatrice malgré la présence des valvules à ce niveau. Les veines de cet intestin ont été injectées, et l'on voit manifestement que l'injection qui a pénétré dans toutes les villosités intestinales s'est arrêtée près des ulcérations, et n'a pénétré que sur un seul point de la plaque blanche que nous venons d'indiquer.

M. Barth pense qu'au niveau de cette dernière la présence de plis, de valvules, doit faire rejeter toute idée de cicatrice. La pièce de M. Pigné montre seulement que l'injection n'a pas réussi à ce niveau ; ce qui n'offre du reste rien de bien étonnant lorsqu'on se rappelle les recherches faites par les anatomo-pathologistes sur les tissus enflammés ; en effet, dans un traité publié sur ce sujet il y a quelques années, l'auteur a fait voir qu'il était impossible d'injecter des tissus enflammés ; ce fait a encore été mis hors de doute par les micrographes qui nous ont

fait voir la stagnation du sang dans les parties enflammées.

M. *Pigné* croit pouvoir démontrer qu'au bout d'un certain temps il se reforme des valvules dans les points qui ont été le siège de cicatrices. Quant à l'argument que M. Barth a tiré d'injections faites antérieurement dans les tissus enflammés, M. *Pigné* ne croit point devoir les accepter, tant que d'autres anatomo-pathologistes n'auront pas obtenu le même résultat.

Pour M. *Gubler* la coloration blanche serait due à l'absence de villosités en ce point: car partout ailleurs ce sont elles qui donnent à la muqueuse la coloration qu'elle présente.

M. *Déville* fait observer que ces injections de M. *Pigné* concordent parfaitement avec les travaux de M. Guillot (Natalis).

M. *Pigné* n'est pas éloigné d'admettre l'explication de M. *Gubler*; mais il persiste toujours à admettre la possibilité de reproduction des valvules intestinales détruites par des ulcérations.

En terminant, M. Barth demande à ce que chacun des membres de la société profite de toutes les occasions possibles d'élucider cette question.

9. M. *Godart* met sous les yeux de la Société le rein gauche d'une femme de 60 ans, morte dans le service de M. Louis, à la suite d'une pleuro-pneumonie.

Extérieurement, ce rein, dont les dimensions sont les mêmes que celui du côté opposé, présente dans sa moitié inférieure et externe, une saillie d'un jaune orangé de 0^m,06 à peu près de long sur 0^m,04 de large: on rencontre encore une tache analogue à sa face antérieure, près de son bord concave.

En incisant le bord convexe de cet organe, on divise en deux parties à peu près égales, cette saillie placée à sa surface: la circonférence de cette tumeur, libre dans sa moitié externe, correspond dans le reste de son étendue au tissu rénal dont elle peut d'ailleurs être facilement séparée. Elle est constituée à son centre par un tissu dur, comme fibreux, blanchâtre, rougissant facilement au contact de l'air, et plus en dehors par une matière jaune orangé de 0^m,01 à 0^m,02 d'épaisseur, d'apparence

graisseuse et de consistance moindre que la portion centrale.

Ces deux substances, unies intimement l'une à l'autre par des prolongements de forme variée, sont parcourues par de petits canaux, contenant du sang, assez volumineux pour permettre l'introduction du stylet dans leur cavité. M. Godart, qui de concert avec M. Corvisart, a examiné ces deux tissus au microscope, n'a pu rencontrer les caractères du tissu cancéreux; il a pu constater dans la partie périphérique la présence d'un grand nombre de globules graisseux, tandis que le noyau central contenait des globules sanguins. La petite tache jaune signalée près du bord concave était formée par la même matière jaune orangée confondue avec du sang.

Aucune autre altération dans le reste du rein non plus que dans les autres organes génito-urinaux.—Pas de traces de cancer dans aucun point de l'économie.

Ce sont là, suivant M. Godart, les restes d'un ancien épanchement de sang dans le tissu du rein : telle est aussi l'opinion de MM. Louis, Barth, Delpech et Gubler.

Tout en admettant que ces lésions appartiennent à ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'hémorrhagies rénales, M. Pigné croit devoir les rapporter au cancer, bien que le microscope ait fourni des caractères négatifs.

10. M. Viard présente le tibia d'un homme de 38 ans, mort tuberculeux à l'hôpital du midi, dans le service de M. Vidal (de Cassis.)

Cet homme, ancien militaire, qui avait eu à plusieurs reprises, des blennorrhagies et des chancres, et plus tard des plaques muqueuses à l'anus et dans le voisinage de celui-ci, éprouva bientôt des douleurs ostéosclérotiques accompagnées d'un gonflement assez considérable du tibia, malgré l'emploi des mercuriaux à deux époques différentes. — Pas de traces de cicatrice de chancre induré. — Administration de l'iodure de potassium pendant un mois. — Amélioration sensible de l'affection du tibia. — Mort par suites des progrès des tubercules pulmonaires.

À l'autopsie, le tibia présente à la partie inférieure de ses

faces interne et postérieure une tumeur fusiforme de près de 0^m,02 d'épaisseur, à la surface de laquelle on voit le périoste fortement injecté. Après une coupe longitudinale, on constate que cette tumeur est formée par un dépôt osseux placé à la face interne du périoste, c'est-à-dire entre celui-ci et le tibia. A ce niveau le tissu compacte de l'os pour ainsi dire éburné a presque complètement envahi le canal médullaire.

11. M. *Bonnet* montre la colonne vertébrale d'un enfant de 7 à 8 ans, mort dans son service à l'hospice des Enfants trouvés. Ce petit malade, d'une constitution détériorée, présentait une gibbosité très prononcée de la colonne vertébrale sans signes d'abcès par congestion. La percussion et l'auscultation ne révélaient aucune trace de tubercules dans les poumons : l'amaigrissement continuant à faire des progrès, l'enfant succomba, et à l'autopsie, on trouva dans les deux poumons des tubercules disséminés, sans ramollissement, et dans l'abdomen deux abcès par congestion que le ballonnement du ventre avait probablement masqués pendant la vie. Ces deux abcès étaient situés de chaque côté de la colonne vertébrale, celui du côté droit dans l'épaisseur même du muscle psoas, tandis que celui du côté opposé placé sous le fascia iliacé accompagnait le muscle iliaque jusqu'au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Ils étaient l'un et l'autre en rapport avec la lésion vertébrale ; celle-ci consistait en une destruction presque complète des corps de la dernière vertèbre dorsale et première lombaire et des fibro-cartilages correspondants. Le corps de la 11^e dorsale présentait à sa partie inférieure et antérieure une coloration jaunâtre du tissu osseux qui avait en même temps une apparence plus dure ; n'est-ce pas là le 1^{er} degré de la dégénérescence que l'on voit à un degré si avancé dans les deux vertèbres inférieures ?—La moelle n'était pas altérée, mais dans son voisinage on voyait de la matière tuberculeuse ramollie ; lésions qui dans leur ensemble peuvent faire supposer que l'affection des poumons est postérieure à celle de la colonne vertébrale.

12. M. *Pigné* fait voir un utérus recueilli sur une femme de

60 à 65 ans. Cet utérus, notablement plus long qu'à l'état normal, présente une forme presque cylindrique. Son fond est incliné vers la partie latérale droite du bassin entre le rectum et la vessie : le point de flexion porte sur la partie moyenne de l'utérus ; à ce niveau l'organe est presque complètement fibreux ; son canal est très-notablement rétréci ; le ligament rond et le ligament large offrent de ce côté une longueur à peu près égale à celle du côté opposé.

M. *Collin* fait remarquer que les deux ligaments étant situés à la même hauteur, on ne peut croire à la flexion de l'utérus ; il est plus disposé à admettre une hypertrophie de ces ligaments. M. *Pigné* répond qu'il est impossible de démontrer cette hypertrophie.

13. Sur un fœtus à terme mort-né à la suite d'une méningite, M. *Pigné* a trouvé cinq invaginations de l'intestin grêle. Dans ces cas, où la portion invaginée a 0^m, 06, 0^m, 04 ou 0^m, 03 enfin de longueur, on voit que, au niveau de l'invagination, le bout supérieur est notablement rétréci et la fibre musculaire partiellement transformée en tissu fibreux ; au dessus de ce point l'intestin est dilaté. Le bout inférieur présente des parois hypertrophiées au niveau de l'invagination seulement. En fendant une de ces invaginations on voit que les valvules de la partie renversée sont très rapprochées les unes des autres et comme tassées ; que la portion invaginée est moins longue dans la partie qui donne insertion au mésentère qui lui-même a été invaginé. — Du reste, aucune trace de péritonite. — Comme cause prédisposante de cette affection, M. *Pigné* signale sur la longueur de l'intestin des points rétrécis qui se trouvent suivis de points qui ont acquis deux ou trois fois plus de largeur.

M. *Collin* dit avoir observé un cas analogue qui s'était probablement produit peu de temps avant la mort ; car il n'y avait pas de trace d'inflammation : le malade avait aussi succombé à des accidents cérébraux.

M. *Barth* rappelle qu'il ne faut point confondre ces invaginations simples avec celles qui sont accompagnées de lésions in-

flammatoires, pseudo-membraneuses, gangréneuses ou autres.

14. M. *Lunier* présente les poumons d'un homme de 43 ans, mort des suites d'une phthisie aiguë avec hydatides du poumon. — Pendant la vie on constata une dyspnée considérable, des cavernes à droite et des râles divers : la face était en même temps bleuâtre. — A l'autopsie, le poumon droit offre des tubercules, des dilatations bronchiques et des cavernes au sommet et en arrière; mais à la base, on trouve une tumeur acéphalocyste, unique, du volume d'un gros œuf de pigeon, placé près de la surface du poumon et reposant presque sur le diaphragme. — A droite, on voit des tubercules miliaires à la base, enveloppés d'un tissu hépatisé.

15. M. *Béraud* présente une articulation coxo-fémorale qu'il a trouvée dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu (annexe), où elle séjournait probablement depuis longtemps : le garçon n'a pu lui fournir aucun renseignement sur son origine; il se rappelait seulement qu'il y avait une grande quantité de pus dans l'articulation et à son voisinage, aussi bien dans le bassin qu'en dehors de celui-ci.

La cavité cotyloïde offre une étendue très considérable : sa surface est rugueuse en plusieurs points, et son fond présente une ouverture de 0^m,01 environ, qui établit une communication directe entre le bassin et l'intérieur de l'articulation. Du côté du fémur, le cartilage articulaire a complètement disparu, ainsi que la lame compacte qui lui est sous-jacente : on ne retrouve plus à ce niveau que le tissu spongieux.

M. *Deville* croit pouvoir s'appuyer sur l'existence des rugosités situées à la face interne de l'os iliaque pour admettre que le pus, placé dans la cavité cotyloïde, passait dans le bassin à travers l'ouverture que celle-ci présentait, pour remonter le long de l'os jusque dans la fosse iliaque interne. Il rappelle à cette occasion les pièces présentées il y a trois ans, par M. *Richard*, pièces qui démontraient incontestablement que le pus formé dans la cavité cotyloïde avait pénétré dans le bassin par une perforation du fond de cette même cavité, avait soulevé le

fascia pelvia, remonté dans la fosse iliaque où il s'était accumulé; par conséquent, l'abcès iliaque au lieu d'être primitif, se trouvait être consécutif.

M. *Pigné*, à l'appui de ce qui précède, fait remarquer qu'il existe en effet quelques cas d'abcès intra-pelviens dépendant d'une affection de la cavité cotyloïde : il en cite deux exemples observés l'un chez un enfant, l'autre chez un adulte, présentés tous deux il y a 4 ou 5 ans devant la Société.

M. *Gros* n'admet que comme faits exceptionnels, difficiles même à comprendre, les faits mentionnés par MM. *Pigné* et *Déville* : il regarde comme presque impossible la perforation de la cavité cotyloïde par le pus qui s'y trouve accumulé, et la présence du *fascia-pelvia* lui paraît être un obstacle à la migration du pus dans le bassin.

M. *Pigné* répond qu'en présence des faits, il ne comprend pas qu'on élève des doutes sur leur possibilité.

16. M. *Macquet* présente le sommet du poumon d'une femme de 58 ans morte à l'Hôtel-Dieu, des suites d'une plaie gangréneuse qu'elle portait au niveau du pli de l'aîne droite.

Cette plaie, qui avait environ 0^m,06 d'étendue, avait succédé à un furoncle de la région fessière, compliqué d'adénite suppurée.

Au sommet du poumon de cette malade se trouve un noyau plus dur que les tissus environnants, et que M. *Macquet* croit pouvoir attribuer à la pneumonie chronique ; il se fonde pour cela sur ce que le tissu malade lui paraît dur, recouvert d'une plèvre épaissie, adhérente, et sur ce que la coupe rouge et grise ne présente point de granulations. — Pas de traces de tubercules. Pendant la vie, la malade a offert une gêne extrême de la respiration, comme dans les cas d'emphysème étendu. — Matière spumeuse dans les bronches et un peu de sérosité dans les plèvres. — M. *Macquet* ajoute que cette affection est rare, du moins s'il s'en rapporte à ce qui a lieu à la Salpêtrière, où il ne l'a observée qu'une seule fois; tandis qu'à Bicêtre, si l'on en croit les élèves qui ont étudié dans cet hospice, MM. *Charlton* et *La-*

cour par exemple, cette affection serait fréquente. Mais on a pu la confondre avec la tuberculisation.

M. *Fredault* ne croit pas qu'elle soit aussi rare à la Salpêtrière que vient de le dire M. *Macquet*. Pour lui, dans la phlegmasie chronique, il y a organisation du sang, ce qui explique les différences de coloration; quelquefois même il y a du pus : dans la pneumonie aiguë au contraire, il y aurait infiltration sans organisation des liquides.

Suivant M. *Richard*, il est quelquefois très difficile de distinguer si telle lésion appartient à la pneumonie chronique ou à toute autre affection; dans le cas actuel, par exemple, la question ne lui paraît pas aussi nettement tranchée qu'à MM. *Fredault* et *Macquet* : en effet, sur une coupe faite à cette pièce, que trouve-t-on? d'abord un mélange de coloration rouge et grise, du pus même paraît suinter en quelques points du tissu qu'on exprime : l'induration permet au doigt de déchirer facilement le tissu qui, sous l'influence de la pression, se réduit aisément en un tissu mollassé. Dans la pneumonie chronique, au contraire, le tissu est plus dur, plus résistant, et sa coloration est ordinairement ardoisée, bien que mélangée quelquefois de quelques points rougeâtres. En résumé, il y a, suivant lui, dans la pièce de M. *Macquet* des noyaux de pneumonie aux 2^e et 3^e degrés, dont quelques-uns sont en voie de résolution, que cette affection ait marché vers l'état chronique, c'est possible, mais actuellement elle ne présente nullement les caractères de la pneumonie chronique confirmée.

M. *Barth* rappelle l'opinion de Laënnec à l'occasion de la fréquence de la pneumonie chronique, dont les caractères incomplètement décrits par les auteurs qui ont traité de la matière, ont été mieux présentés et appréciés dans la 2^e édit. du Dict. en 21 vol. à l'art. *Pneumonie*. Ces caractères sont : densité extrême du tissu dont la cohésion est telle qu'on ne peut le traverser avec le doigt; en même temps pas d'apparence de vésicules et présence de linéaments blanchâtres épais qui sillonnent le tissu : plus la pneumonie chronique est avancée, et plus ces caractères

sont tranchés. Dans l'état intermédiaire à l'état aigu et à l'état chronique, les caractères de ce dernier sont peu évidents : dans la pièce de M. Macquet ils se trouvent peu marqués : en effet, le poumon est facile à pénétrer et présente des granulations qui peuvent appartenir à une pneumonie aiguë, lente, en voie de résolution; c'est peut être un intermédiaire. Quant l'organisation des liquides qui, ainsi que M. Fredault l'a rappelé avec raison constituerait l'état chronique, M. Barth, non plus que M. Richard, ne la croient pas assez complète dans le cas actuel pour admettre une pneumonie chronique.

M. Macquet reconnaît avec MM. Richard et Barth qu'en effet la distinction entre la pneumonie aiguë et la pneumonie chronique est difficile à établir : les raisons qui l'avaient déterminé dans ce cas à se prononcer en faveur de l'état chronique sont : l'absence de crachats rouillés chez cette malade et l'existence d'une altération chronique de la plèvre. Au reste, il reconnaît que la pneumonie chronique n'est point parfaitement confirmée dans sa pièce; qu'il y a des traces de pneumonie aiguë, mais que l'affection tend vers l'état chronique. Il regrette de n'avoir pas de renseignements sur les antécédents, qui auraient pu éclaircir la question.

M. Mailliot demande au présentateur quels sont les caractères stéthoscopiques que l'on a observés chez cette malade.

M. Macquet répond que l'auscultation n'a pas été pratiquée. A cette occasion, M. Mailliot regrette que les documents fournis par cette méthode d'exploration, fassent défaut en cette circonstance, car ils auraient certainement éclairé la question: dans quelques cas, dit-il, on a entendu une respiration amphorique, ce qui aurait pu faire croire à un pneumo-thorax.

M. Macquet ajoute que l'existence d'un souffle tubaire, produit par une densité du poumon, ne donnerait point nécessairement lieu à l'erreur de diagnostic signalée par M. Mailliot, grâce à la percussion.

M. Barth, dit que dans la pneumonie chronique on entend

une respiration bronchique très-forte, mais qu'il y a en même temps matité et résistance au doigt. Quelquefois la respiration prend un timbre caverneux, et il se rappelle en avoir observé un cas dans le service de M. Chomel; mais c'est lorsque l'induration se fait au niveau d'un gros tronc bronchique ou d'une réunion de petites bronches. Ce timbre d'ailleurs disparaît à mesure que la résolution s'opère. Y a-t-il ressemblance entre ce souffle et l'amphorique? Nullement; dans tous les cas, la voix la toux, etc., permettraient de les distinguer.

M. Mailliot est heureux d'avoir provoqué ces explications; car dans ces derniers temps on a essayé de différencier les signes stéthoscopiques d'après leur siège présumé. C'est ainsi que M. Andral a distingué les râles, en râles bronchiques, râles caverneux, etc. Cette méthode, en préjugant d'avance la question de siège, expose nécessairement à de graves erreurs de diagnostic; c'est pour s'être laissé influencer par le nom de *caverneux* que, dans un des hôpitaux de Paris, un chef de service, en présence d'une respiration *amphorique*, a diagnostiqué l'existence d'une caverne sur un individu qui n'a présenté à l'autopsie qu'une simple induration; mieux vaut donc trouver des caractères distinctifs entre tous ces bruits, caractères basés sur leur timbre, leur intensité, etc. Il n'ignore pas que ces modifications bouleverseraient l'étude de l'auscultation telle qu'on la fait aujourd'hui; mais il ne faut pas craindre de détruire ce qui doit être détruit.

M. Richard annonce que ces opinions ont été déjà émises dans un travail de M. Mailliot sur lequel il a déjà fait un rapport à la Société. C'est donc pour la Société une discussion déjà ancienne que renouvelle M. Mailliot, et sur laquelle du reste il est facile de s'édifier en peu de mots; ce que propose ce membre, c'est tout simplement ce qui se trouve dans les ouvrages d'auscultation: ainsi pour n'en citer qu'un seul, dans celui de M. Barth, par exemple, on commence l'étude de chaque signe stéthoscopique par décrire ce signe en lui-même, abstraction faite de son siège; on indique son timbre, son inten-

sité, sa nature, en un mot, on fait son diagnostic pur et simple; ce n'est qu'après qu'on en a fait connaître les caractères, qu'on aborde son diagnostic raisonné dans un paragraphe spécial, où l'on recherche son siège présumé, et où l'on apprécie sa valeur séméiologique. — Quant aux médecins qui, sur l'existence d'un souffle amphorique seulement, ont cru devoir diagnostiquer une caverne, M. Richard déclare que s'ils ont bien ausculté, ils ont sans doute oublié dans cette occasion, que le diagnostic des maladies de poitrine ne repose point seulement sur un signe fourni par l'auscultation, mais qu'il faut tenir compte aussi des signes appelés rationels, des signes physiques (palpation, inspection, percussion, auscultation) et enfin des signes physiologiques. Par conséquent, les réformes que M. Mailliot propose d'apporter à l'étude de l'auscultation ne sont point nécessaires, puisqu'elles seraient sans application.

M. Barth dit que M. Mailliot a soulevé une question qui tient à tout un système; si on renversait, comme il le propose, ce qui existe, il n'y aurait rien à mettre à la place, du moins rien de solide et de durable. Dans le livre qu'il a publié avec M. Roger, il nomme les signes d'après ce qu'on perçoit et non d'après leur siège précis, qui n'est que consécutivement indiqué; ainsi souffle, râle crépitant, râle sous-crépitant, etc. Les noms de respiration bronchique, caverneuse indiquent la respiration d'une cavité assez vaste; mais ce n'est pas dire pour cela qu'on ait affaire à une caverne tuberculeuse. — Pas un des bruits ne se ressemble dans tous les cas, et s'il fallait donner un nom à toutes les modifications que présentent les bruits, on encombrerait la science; il faut donc prendre un bruit type (c'est ce qu'on a fait) et autour de ce type grouper les différentes manifestations du même phénomène. Exemple, respiration bronchique, respiration caverneuse, respiration amphorique. M. Barth ne comprend pas qu'on ait trouvé une respiration amphorique chez le malade qui n'avait qu'une induration: on a dû laisser de côté la percussion et les autres signes; en résumé, les reproches de M. Mailliot lui paraissent mal fondés.

M. Mailliot souscrit aux observations de M. Richard ; mais il croit toujours qu'il y a des réformes à faire dans l'étude de l'auscultation ; il n'a pas prétendu, comme le croit M. Barth, qu'on dût donner un nom à chaque bruit, et contrairement à ce dernier, il pense qu'on peut entendre un bruit caverneux, alors même qu'il n'y a pas de grande cavité, mais une simple induration.

17. *Extrait de l'observation de M. Béraud, interne à l'Hôtel-Dieu (annexe).* — Le nommé Charles Besson, 68 ans, d'une bonne constitution, terrassier, fut transporté le 12 janvier 1847 dans le service de M. Sandras, (Hôtel-Dieu annexe) où il expira quelques heures après son entréc. A l'autopsie hypertrophie générale du cœur sans lésion notable des orifices ; foie volumineux, rate petite et contenue dans une coque ostéofibreuse. — L'estomac est petit, allongé ; son volume égale à peine celui du gros intestin. Quand on l'ouvre, il s'en écoule une petite quantité de liquides noirs. La muqueuse est noirâtre, injectée, elle présente de nombreuses plicatures qui, au moment de l'ouverture de l'estomac, ont 4 à 5 millimètres de hauteur sur 2 d'épaisseur. Ces plicatures se croisent en tous sens. A l'extrémité pylorique on trouve des éminences perforées, en forme de capsules, ombiliquées, ayant un point noir à leur centre. Elles présentent la même hauteur que les plicatures et ont 2 millimètres de diamètre. Ces éminences sont disposées sur trois rangs, en lignes droites qui convergent vers le pylore.



Tumeur sanguine siégeant dans l'os scaphoïde du tarse.

Par M. VERNEUIL, interne des hôpitaux. (21 novembre 1845.)

Louis Etrenny, âgé de 21 ans, de taille moyenne, de constitution médiocrement forte, entre dans le service de M. Lisfranc le 23 novembre 1844, pour y être traité d'une affection du pied, datant de 11 mois.

Le malade fut soumis à mon observation à partir seulement du 1^{er} janvier 1845 ; mais depuis ce moment je n'ai pas perdu de vue sa maladie; j'en ai suivi les progrès, et avec les renseignements clairs et précis qu'il me donne, je sou mets à votre examen, la relation suivante :

Terrassier de profession, Etrenny se livrait à son travail au mois d'août 1843, lorsqu'une pierre, dont il évalue le poids à 80 livres environ, tomba, à la vérité d'une faible hauteur, sur son pied droit au niveau de la région médio-tarsienne. Sauf la douleur du moment, il n'y eut aucune solution de continuité, aucune trace de contusion, aucun accident consécutif quelconque; car dès le lendemain les travaux purent être repris.

Notre malade attribue pourtant à cette circonstance l'origine de son mal; il déclare en même temps n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Ses parents ont succombé à des affections étrangères au système osseux. Il est brun, et ne porte aucun des attributs de l'affection strumeuse. Pendant les trois mois qui suivirent, rien ne vint troubler son repos; mais au bout de ce laps de temps quelques souffrances se manifestèrent au point où jadis la pierre avait porté. Du reste, elles étaient fugitives et suivaient seulement un travail trop violent; peu à peu elles devinrent moins rares, plus fortes et acquirent enfin une grande intensité. Pourtant depuis l'apparition de ces douleurs, une année

s'est écoulée, pendant laquelle notre malade a continué ses rudes labeurs.

Déjà à cette époque se manifestait un léger gonflement diffus, et une impossibilité presque complète des mouvements du pied se faisait sentir.

Il ne mit rien en usage pour sa guérison, et entra dans le service. Lorsque je le vis au mois de janvier, la lésion, qui n'avait pas subi de grandes modifications, présentait les caractères suivants : gonflement du pied, siégeant au niveau de la ligne médio-tarsienne, diffus, pâteux, large, peu proéminent; la peau qui le recouvre présente dans la circonscription du mal une teinte brunâtre peu foncée, la saillie anormale atteint environ un centimètre.

Le malade accuse une chaleur dans le pied, et des battements qu'il dit même distinguer en appuyant la main sur la tumeur. Nous ne pouvons constater ni l'augmentation de température, ni la présence de ces battements anormaux.

Quant aux fonctions du pied, elles sont très bornées; les mouvements partiels sont anéantis. La progression, à peu près impossible sur la pointe des orteils, est encore praticable sur le talon.

Ajoutons comme dernier phénomène, le plus saillant peut-être à cette époque, une sensibilité excessive sur la tumeur, et poussée à un point tel que le plus léger frottement exercé avec la pulpe du doigt provoquait des douleurs intolérables, non simulées, le malade ayant donné d'ailleurs des preuves de fermeté et de courage alors que son opération fut décidée et pratiquée.

Tout du reste était local; les autres régions du pied n'étaient point douloureuses au toucher; elles n'offraient ni œdème, ni dilatation variqueuse des veines dorsales.

On chercha à enrayer la marche de cette maladie, à

laquelle le repos n'apportait aucune amélioration; plusieurs fois on fit des applications de sangsues au bas de la jambe, les émollients, les narcotiques furent largement employés dans le but de diminuer l'intensité des douleurs, rien ne fit; la tumeur augmentait lentement, la compression ne pouvait être employée à cause de la sensibilité; c'est pour la même raison qu'on ne mit point en usage les révulsifs cutanés, vésicatoires, moxas, etc.

A cette époque, dans l'embarras du diagnostic, on énonça la possibilité d'une tumeur de nature érectile; mais cette idée fut rejetée; car on ne put vérifier, ni les pulsations, ni l'expansion propres à ces sortes de tumeurs, ni le bruit qui a été signalé dans les productions érectiles, et que révèle l'auscultation. D'ailleurs, je dois le dire, les manifestations douloureuses du malade, lorsqu'on le soumettait à des investigations, nous faisaient un devoir de faire le moins possible de recherches infructueuses.

C'est dans ces circonstances et avec des alternatives très-limitées d'amélioration et de recrudescence, que se passèrent les mois de février, mars et avril. Vers le mois de mai, la tumeur commença à faire des progrès plus rapides. Elle devint plus saillante et se dessina mieux sur la partie interne du coude-pied, au niveau de ce point le bord correspondant du pied était déjà proéminent. Nous remarquâmes une légère abduction; mais l'empâtement empêchait de sentir une limite précise à la production morbide.

Pendant les deux mois qui suivirent on fit encore une tentative d'émission sanguine locale, et on éleva jusqu'à cinq grammes par jour la dose d'iode de potassium dont le malade avait usé depuis les premiers moments de son séjour. L'état général se conservait assez bon; les fonctions nutritives ne présentaient pas de troubles bien notables.

Je passerai ici sur les détails peu intéressants qui si-

gnalèrent la marche de l'affection jusqu'au mois de novembre; rien ne vint éclairer notre diagnostic, rien n'amena d'amélioration sensible. La constitution du sujet s'altérant de jour en jour, en même temps que la tumeur augmentait de plus en plus, on jugea que l'amputation devenait la seule ressource pour conserver au moins les jours de notre malade.

Un mot sur l'état local et général, et sur les motifs qui déterminèrent cette résolution extrême.

Etat local : le dos du pied est presque complètement envahi par la tumeur, qui est devenue beaucoup plus proéminente; son sommet s'élève à quatre centimètres environ au dessus du niveau de la face dorsale, et répond toujours à la ligne médio-tarsienne, plus saillante en dedans qu'en dehors; elle envahit le bord interne du pied, et s'étend en avant jusqu'aux articulations métatarso-phalangiennes; en arrière elle recouvre l'article tibio-tarsien; le bord externe du pied n'est point atteint. La peau subjacente n'est point adhérente; elle n'est ni luisante, ni tendue, elle présente une légère coloration brunâtre, la sensibilité est toujours excessive sur la tumeur; mais les autres régions du pied, hors la circonscription de la maladie, n'offrent pas le même phénomène.

Nous ne percevons pas d'augmentation de température, pas d'expansion sensible ni au toucher, ni à la vue, pas de battements isochrônes à ceux du poulx.

Tous les points de la tumeur sont également consistants; il n'existe nulle part de fluctuation; on constate seulement une rénitence faible, comme on en rencontre dans ces empâtements mous des fongus articulaires. Vers la circonférence, on ne saisit qu'à grand peine une transition entre sa dureté et celle que présentent au dos du pied, les parties molles appuyées sur un plan résistant.

Le pied ne présente dans aucun autre point ni rougeur,

ni cicatrices, ni déformation quelconque, sauf une légère abduction dont avons déjà parlé.

Les mouvements des orteils sont abolis; le pied n'exécute qu'avec peine et non spontanément des mouvements limités, qui provoquent toujours des douleurs.

L'état général commence à faiblir; les digestions sont difficiles, les nuits sans sommeil; nous passons en revue les cavités splanchniques, nous n'y trouvons rien qui contr'indique une opération devenue désormais indispensable.

L'opération est pratiquée au tiers inférieur de la jambe avec beaucoup d'habileté; elle présente une circonstance particulière: c'est la présence à la surface du moignon de douze artères au moins, qui exigèrent la ligature, et cela dans une étendue qui, au point amputé, et chez un individu très amaigri, ne présentait qu'une superficie très limitée; nous rencontrâmes surtout beaucoup de difficultés à saisir une artère inter-osseuse accolée à la surface interne du tibia. Cette dernière particularité retarda la fin de l'opération.

Ainsi donc jusqu'au dernier moment le diagnostic véritable de l'affection nous échappa; M. Lisfranc s'était arrêté à l'idée d'une tumeur blanche; l'étendue du désordre qui siégeait dans les parties molles du dos du pied excluait toute idée d'amputation partielle.

Passons à un examen anatomique du membre amputé. Une incision transversale répondant à la ligne médio-tarsienne est pratiquée; deux incisions antéro-postérieures suivant le trajet des interstices des os cunéiformes viennent s'y rendre perpendiculairement; la tumeur est largement ouverte; c'est seulement alors que nous reconnaissons sa véritable nature, nous avons affaire à une dégénérescence érectile osseuse.

Une dissection attentive nous montre les dispositions suivantes: 1°. La peau n'est point augmentée d'épaisseur; elle n'adhère nullement à la tumeur sous-jacente; ten-

due au dessus de celle-ci, elle conserve sa coloration, et affecte même une teinte brunâtre qui n'est point due aux tissus sous-jacents vus par transparence, mais qu'elle conserve après la dissection.

2° Le tissu cellulaire qui la double est lâché au niveau du sommet de la tumeur; vers la circonférence au contraire il est considérablement épaissi, de manière à remplir l'espace compris entre les os environnants, et la même tumeur, qui de cette manière ne fait nulle part de saillie brusque, et se perd sans être circonscrite avec les parties circonvoisines; on y distingue des vestiges de tissu fibreux dans les endroits où existaient auparavant les ligaments dorsaux qui unissent le scaphoïde aux autres os du tarse. Du reste, cette induration cellulaire, plus épaisse du côté du tibia qu'en avant et latéralement, forme une sorte de gangue où se perdent les vaisseaux et nerfs dorsaux du pied.

3° Le muscle pédieux est très aplati; la moitié externe de la tumeur est recouverte par ses fibres minces, et pâles, étalées en nappe, mais ne présentant aucune dégénérescence : les muscles de la plante du pied sont sains. Les tendons extenseurs n'offrent rien de remarquable que leur divergence au niveau de la tumeur, le tendon du jambier antérieur plonge dans la masse cellulaire indurée; mais on peut aisément l'y suivre; il est sain; mais à sa terminaison il est très aplati, et ses fibres tendineuses occupent une grande étendue d'insertion sur la partie interne de la tumeur elle-même.

4°. Vaisseaux et nerfs.— L'artère pédieuse, un peu augmentée de calibre, est très facile à apercevoir sur la face supérieure de la tumeur; cependant, de même que le nerf tibial antérieur qui l'accompagne, elle est fort adhérente au tissu cellulaire au milieu duquel il faut, pour ainsi dire, la sculpter, il en est de même du nerf qui est aplati, et dont les fibres sont dissociées et isolées. Les ramifications nerveuses, à mesure qu'elles diminuent de volume, se per-

dent dans la masse indurée; on n'en sent qu'un fort petit nombre au delà de la partie moyenne de la tumeur.

Les branches artérielles fournies par la pédieuse, plus nombreuses et plus apparentes en raison de leur volume, s'enfoncent bientôt dans l'épaisseur du tissu engorgé, où on ne peut les suivre; ce sont les branches qui donnent ordinairement du sang, au périoste et aux articulations tarsiennes; l'artère tibiale postérieure, devenue plantaire interne, envoie également de bas en haut, deux ramifications volumineuses qui se comportent de la même façon que les précédentes.

Les veines pédieuse, saphènes, sous-cutanées n'offrent rien de remarquable.

Lorsque toutes ces parties sont enlevées, la tumeur se présente sous la forme ellipsoïde à grand diamètre transversal et perpendiculaire à l'axe longitudinal du pied; aplatie d'avant en arrière, elle présente la forme d'un cône à base supérieure et arrondie, formée d'une partie plus étroite enclavée entre les 3 cunéiformes, en avant l'astragale, le calcanéum en arrière, le cuboïde en dehors et d'une seconde partie étalée comme un champignon. Celle-ci empiète en arrière sur l'articulation tibio-tarsienne, en avant sur les articulations cunéennes; elle cache dans le premier sens, la tête et le col de l'astragale et n'est séparée du tibia que par une couche mince de tissu cellulaire induré. A partir de son sommet, elle décroît rapidement en avant et en dehors, en dedans, elle forme une saillie en forme de bourrelet proéminent sur le bord interne du pied et donnant attache au muscle jambier antérieur.

Les rapports de cette tumeur, sa forme, font aisément reconnaître en elle le scaphoïde, mais avec des dimensions exagérées; en effet sauf une augmentation dans tous les diamètres qui a opéré un certain degré de disjonction dans les os du tarse, toutes les connexions sont manifestement

conservées, d'abord en avant, les trois facettes cunéennes revêtues de leurs cartilages, en arrière la cavité de réception pour la tête astragaliennne, enfin en dehors et en dedans, ses rapports avec le cuboïde et le muscle jambier antérieur ne laissent aucun doute.

Les cartilages sont minces et colorés en rouge violacé, effet dû à l'imbibition sanguine; car cette couleur est en partie partagée par ceux qui revêtent les os environnants qui, comme nous le verrons tout à l'heure, ne participent en rien à la dégénérescence érectile.

On conçoit fort bien qu'à la suite de progrès successifs, la tumeur, en augmentant de volume, a peu à peu gagné dans les sens où rien ne lui offrait de résistance, et qu'ainsi elle a pris en dedans et en dessus la forme de bourrelet ou de champignon.

La coupe de la tumeur nous présente une coloration rouge-brun; on y voit une multitude d'orifices circulaires béants, de diamètres variables, mais en général fort petits, les plus considérables ayant à peine un tiers de millimètre : ces orifices, qui paraissent appartenir à des canaux sanguins coupés en travers, sont serrés les uns contre les autres et séparés par un réseau osseux, à mailles fines qui représente à peu près par son aspect et la sensation de crépitation qu'il offre sous le doigt et sous le scalpel, le tissu spongieux des os dans le jeune âge. Pourtant il en diffère par une plus grande régularité et une consistance beaucoup moindre dans certains points surtout vers la face supérieure de la tumeur l'apparence du tissu osseux normal reparaît, et sert ainsi à montrer les divers degrés de l'altération depuis le point où l'os est presque sain, jusqu'à celui où la prédominance énorme de l'élément vasculaire lui donne l'aspect d'un tissu charnu.

Dans l'intérieur de la tumeur, il n'existe aucun foyer sanguin, ni purulent.

Il nous reste à examiner l'état des os voisins, et d'abord

les cartilages qui les revêtent, et qui touchent à la tumeur, sont violacés et pénétrés de sang par imbibition; ils sont amincis, mais ne présentent aucune solution de continuité.

L'astragale et la partie antérieure du calcanéum offrent leur forme et leur aspect ordinaires; mais ils se laissent facilement couper par le scalpel; leur tissu spongieux, très friable, est abreuvé d'un liquide jaune huileux, tel qu'on le rencontre dans les os des vieillards; au point où l'astragale touche la tumeur, cette matière huileuse, est un peu colorée en rouge.

Le cuboïde est entièrement sain.

L'extrémité postérieure des os cunéiformes est le siège d'une altération tout-à-fait semblable à celle que nous venons de décrire pour l'astragale. Nulle part on ne rencontre de suppuration.

Louis Etrenny supporta fort bien l'opération. Le soir même du jour où elle fut pratiquée, une hémorrhagie se déclara; elle fut promptement arrêtée, et malgré les craintes que nous concevions sur sa reproduction, rien de nouveau ne vint déranger le cours de la guérison qui fut effectuée trois semaines après environ.

Le malade sortit dans les premiers jours de janvier.

Extrait du rapport de M. THIBAUT sur l'observation précédente. (26 février 1847).

Jusqu'à présent, les auteurs qui se sont occupés de l'histoire des tumeurs sanguines des os n'ont étudié à part que les anévrismes osseux qui formaient dans cette grande catégorie une classe distincte par ses symptômes, sa marche et son traitement. Nous pouvons aujourd'hui établir une nouvelle division parallèle à celle-ci, et qui sera l'analogue

de ce que dans les parties molles, on a désigné sous le nom de *tumeurs érectiles sous-cutanées* : car c'est à cette affection que nous croyons devoir rapporter la lésion qui a fait le sujet de la présentation de M. Verneuil : en effet, nous voyons le scaphoïde remplacé par une tumeur beaucoup plus volumineuse que lui, offrant à l'intérieur une multitude d'orifices circulaires qui paraissent appartenir à des canaux sanguins coupés en travers : on y retrouve encore « un réseau osseux à mailles fines, qui représente assez bien le tissu spongieux des os dans le jeune âge, dont il diffère cependant par une plus grande régularité et une consistance beaucoup moindre. »

Il est inutile d'insister beaucoup pour vous prouver que cette lésion diffère essentiellement du cancer, la pièce que nous avons sous les yeux ne présentant aucun des caractères assignés à cette dégénérescence. Personne ne la confondra non plus avec l'anévrisme, si l'on se rappelle que celui-ci siège habituellement sur les extrémités renflées des os longs ; que le point malade présente alors une excavation plus ou moins considérable qui réduit l'extrémité articulaire à une coque irrégulière, anfractueuse, remplie de sang liquide ou coagulé, et enfin que pendant la vie, on y constate la présence de battements comparables de tous points à ceux des anévrismes des parties molles. (Nélaton, *Gaz. des hôp.* 1845, n^o 57, 63, 72, et 154).

Mais si tous ces caractères que nous venons d'indiquer, et qui appartiennent à l'anévrisme confirmé, ne se retrouvent pas dans la pièce de M. Verneuil, ne pourrait-on pas admettre que celle-ci appartient à un anévrisme en voie de formation, la lésion n'ayant pas encore assez fait de progrès, étant en un mot trop récente pour qu'on puisse y constater la présence des phénomènes que nous venons d'indiquer. S'il en était ainsi, il faudrait démontrer qu'il y a eu identité entre les symptômes fournis par le malade, et ceux attribués par les auteurs à la première période des anévrismes ;

or, dans le cas actuel cette identité n'existe pas. Ajoutons enfin que, bien que le tissu osseux soit presque entièrement détruit, le scaphoïde, au lieu d'offrir une cavité, se trouve au contraire remplacé par un tissu mou, facile à couper avec le scalpel.

Il est beaucoup plus rationnel d'admettre que cet os a été le siège d'un travail identique à celui qui préside au développement des tumeurs érectiles sous-cutanées. En effet lorsque ces dernières siègent dans un organe pourvu de fibres musculaires, on voit celles-ci disparaître progressivement et faire place à des cellules plus ou moins considérables, surtout dans les cas où la maladie arrive à son plus haut période. C'est ainsi que Lamorier en a publié un exemple observé sur un pèlerin espagnol qui portait une tumeur érectile occupant tout le bras droit depuis les doigts jusque dans la région thoracique antérieure et scapulaire. A l'autopsie, après une insufflation préalable pratiquée au hasard dans l'épaisseur des muscles, « Lamorier ne re-
« trouva partout que des filaments entremêlés de vésicules
« très-dilatées, qui communiquaient entr'elles par des po-
« res très-sensibles. La substance de ces muscles approchait
« beaucoup de celle du placenta, mais beaucoup plus en-
« core de celle d'une rate de veau ou de mouton bien dis-
« tendue par le souffle. » (1)

Dans la pièce de M. Verneuil, les cellules ne pouvaient offrir un volume aussi considérable que celles de ce malade, la densité plus grande du tissu osseux apportant au développement de ces dernières un obstacle qu'augmentait encore la présence des parties environnantes.

Je me trouve ainsi, Messieurs, tout naturellement con-

(1) Mém. de la Soc. roy. des Sc. de Montpellier, t. 1^{er} in-4 1766. — *Paul*, Mém. pour servir à l'hist. de la chir. du 18^e siècle et de supp. aux instit. chir. de Heister, 1773. 1^{re} partie pag. 122.

duit à vous parler de l'influence que le tissu fibreux exerce sur le développement des tumeurs érectiles, que celles-ci siègent dans les os ou dans les parties molles, rôle important qui n'a pas, je crois, suffisamment attiré l'attention des pathologistes.

Chacun de vous a eu l'occasion de rencontrer dans les hôpitaux des tumeurs érectiles siégeant dans des régions où elles se trouvaient en contact immédiat avec le tissu musculaire, aux lèvres, aux joues, à la langue, par exemple; et vous avez tous observé que leur marche était essentiellement envahissante, que les fibres musculaires de ces organes se trouvaient remplacées par du tissu érectile, et qu'enfin l'excision complète de la partie malade devenait souvent indispensable pour arriver à la guérison.

Si nous examinons maintenant ce qui se passe aux paupières, la marche de la maladie n'est plus la même: en effet, si celle-ci siège primitivement dans la moitié antérieure de ce voile membraneux, le tissu érectile se porte exclusivement en avant: vous vous rappelez tous que, dans l'observation qui vous a été communiquée par M. Loreau de Poitiers, ce professeur a pu, malgré l'énorme volume de la tumeur, enlever complètement cette dernière, sans altérer la forme de la paupière. Dans le cas au contraire où le siège de la maladie est dans l'orbite ou à la face profonde de la paupière, son développement a lieu dans ce sens, et l'on voit la tumeur se montrer sur un des points de la circonférence du globe oculaire: on en trouve un exemple dans le traité d'Hodgson.

Tout ceci prouve évidemment que les tumeurs érectiles ne se développent pas toujours de la même manière. Les différences que l'on observe s'expliquent facilement par l'absence d'aponévrose dans les exemples que nous avons d'abord supposés, tandis que cette dernière existe aux paupières dont elle constitue, pour ainsi dire, la charpente,

Permettez-moi, Messieurs, de vous citer encore un fait pour vous démontrer que toutes ces considérations s'appli-

quent également aux tumeurs érectiles placés dans d'autres parties du corps ; je le puiserai dans l'observation de Lamorier : chez ce malade, en effet, des tumeurs développées dans l'épaisseur du cuir chevelu usèrent les os du crâne sans perforer le péricrâne placé à leur niveau. « Je vis, dit Lamorier, que les endroits du crâne que ces tumeurs couvraient, étaient fort enfoncés : l'un de ces endroits était si délié que quand il fut question d'ôter le péricrâne, il ne put résister à l'appui du scalpel quoiqu'appliqué avec beaucoup de ménagement » (Loc. cit.). Le péricrâne existait donc encore, puisque, dans les tentatives faites pour l'enlever, les os cédèrent à la pression du scalpel.

Enfin dans l'observation de M. Verneuil, où le muscle pédieux était séparé du scaphoïde par une aponévrose, nous voyons ce muscle résister à la dégénérescence, et ses fibres subir la pâleur et l'amincissement que l'on voit dans les cas où un muscle placé à la surface d'une tumeur est soumis à une tension plus ou moins considérable.

De tout ce qui précède, on est autorisé à conclure :

1° Que l'altération observée par M. Verneuil ne peut pas plus être assimilée à un cancer qu'à un anévrysme.

2° Qu'elle est identique aux tumeurs érectiles sous-cutanées des parties molles. Ce qui justifie de plus en plus l'aph., 512 de Boerrhaave :

Ipsa ossa morbos patiuntur similes iis quos hactenus in mollioribus hactenus descripsimus.

3° Que les aponévroses paraissent exercer sur le développement des tumeurs érectiles une influence analogue à celle qu'elles ont sur la marche des abcès froids.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXII^e ANNÉE.

BULLETINS N^{os} 9, 10 et 11 (Septembre, Octobre
et Novembre 1847).

RÉDIGÉS

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, POUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*
— 1. Ostéite végétante. — 2. Affection particulière des veines spermatiques. — 3. Pneumonie aiguë et chronique. — 4. Calcul vésical. — 5. Prolapsus utérin. — 6. Tumeur vasculaire de la face. — 7. Disposition anormale de l'uretère. — 8. Monstruosité par inclusion. — 9. Névrite intercostale. — 10. Prolapsus utérin. — 11. Kyste situé entre les vésicules séminales. — 12. Gastrite chronique. — 13. Affection des os du coude : discussion. — 14. Oblitération de l'artère fémorale. — 15. Tumeur blanche du coude-pied. — 16. Mal de Pott. — 17. Poche communiquant avec l'œsophage. — 18. Testicule de cheval morveux. — 19. Kyste fœtal trouvé dans l'abdomen d'une brebis. — 20. Transformation des muscles de la cuisse. — 21. Ophthalmie. — 22. Kyste acéphalocyste de l'aisselle. — 23. Calcul vésical. — 24. Perforation intestinale. — 25 et 26. Tumeurs blanches du poignet. — 27. Nécrose. — 28. Sang des scorbutiques. — 29. Oblitération du canal cystique. — 30. Emphysème du poumon. — 31. Déplacement du testicule. — 32. Albuminurie. — 33. Tubercules du poumon, cancer de la vésicule biliaire du pancréas et tumeurs fibreuses de l'utérus. — 34. Inflammation de la veine cave inférieure. — 35. Rupture du cœur. — 36. Calcul vésical. — 37. Cancer du colou. — 38. Hydropisie de la trompe. — 39. Etat des reins dans la polydipsie. — 40. Fongus de la vessie. — 41. Cancer utérin ayant envahi le nerf sciatique. — 42. Kyste de la surface convexe du foie. 43. — Môle hydatique.

- B. — *Péricardite avec tubercules.* (Obs. et rapp.).
- C. — *Rétrécissement du pharynx.*
- D. — *Epanchements sanguins multiples avec concrétions calcaires dans le cerveau et dans le cervelet, chez un sujet mort à la suite de nombreuses attaques d'épilepsie.*
- E. — *Hernie diaphragmatique.* (Obs. et rapp.).
- F. — *Dissection de moignon.*
- G. — *Hydatides du canal rachidien.*
- H et I. — *Tubercules de la prostate.*
- J. — *Bronchite pseudomembraneuse.*
- K. — *Cancer encéphaloïde de la vésicule biliaire.*
- L. — *Polype utérin.*
- M. — *Tumeur cancéreuse du cerveau.*
- N. — *Engorgement tuberculeux de l'épididyme et du canal déferent.*

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. M. *Notta* montre l'extrémité supérieure d'un fémur qu'il a trouvé dans les pavillons de Clamart. Le col de cet os présente à sa face antérieure des productions osseuses volumineuses, et en arrière une dépression placée à sa réunion avec la tête fémorale : ce qui semblerait faire croire à l'existence d'une fracture intra-capsulaire consolidée. Une coupe verticale du fémur ne confirme pas ce diagnostic.

M. *Déville* fait remarquer que cette coupe démontre, en effet d'une manière évidente la disposition régulière des cellules du tissu spongieux. Il ajoute que c'est dans des cas analogues, que les auteurs ont pris ces productions placées à la face antérieure du col, pour des corps étrangers articulaires.

Suivant M. *Pigné*, il n'était pas nécessaire de scier l'os pour reconnaître s'il y avait fracture. La longueur du col suffisait pour faire rejeter *à priori*, toute idée de solution de continuité primitive, puisqu'il n'existe point d'exemple de guérison de fracture intra-capsulaire sans raccourcissement du col.

M. *Gros* ajoute qu'il est en général facile de reconnaître s'il y a eu, ou non, fracture sur un col fémoral ; en effet, si la face

antérieure de cette partie du fémur est lisse, et ne présente point d'inégalités, on peut affirmer qu'il n'y a pas eu fracture. Le cas actuel qui présente ces inégalités prouve tout simplement que la proposition inverse n'est pas toujours exacte.

Suivant M. *Prédault*, la pièce de M. Notta est un exemple d'*ostéite végétante*.

2. M. *Escalier* montre une tumeur du scrotum recueillie sur un brésilien, âgé de 45 ans. Cette tumeur, qui datait de 20 ans environ, située du côté droit, et complètement indolore, avait été prise en Amérique pour un hydrocèle. La santé générale était d'ailleurs très bonne, lorsque le 29 avril, il fut pris de douleurs vives dans le côté droit du ventre et dans le scrotum, accompagnées de suppression de selles et de vomissements bilieux : en même temps, le poulx était petit et très fréquent. Un médecin appelé immédiatement, fixa son attention du côté du scrotum, à cause des signes rationnels d'étranglement que nous venons d'indiquer, mais l'état local ne justifiant pas ses prévisions, il fit appeler MM. Roux et Velpeau, qui, après un examen attentif, décidèrent qu'il n'y avait lieu de pratiquer l'opération de la hernie étranglée : ils eurent recours aux sangsues, aux bains, aux purgatifs ; mais la constipation persista, et les vomissements continuèrent, sans amener toutefois de matières stercorales ; le poulx devint de plus en plus fréquent, et le malade succomba au bout de 5 jours. — Pas de symptômes d'infection purulente.

A l'autopsie, on trouva dans le scrotum, une tumeur assez molle, légèrement bosselée à sa surface, grisâtre, ovulaire, du volume d'un œuf de dinde, et ressemblant assez bien à de l'épiploon ; un coup de bistouri fit sortir une grande quantité de matière purulente, d'un gris-rougeâtre, d'un tissu paraissant constitué par un grand nombre de veines entrelacées, entre lesquelles on rencontrait du tissu cellulaire infiltré de graisse ; leurs parois étaient manifestement hypertrophiées ; aussi, leurs ouvertures restaient-elles béantes ; c'est ce qui explique encore pourquoi ce tissu avait l'apparence d'une éponge. — Cette tumeur remontait vers l'orifice du canal inguinal, pénétrait dans celui-

ci, où elle offrait un volume beaucoup moindre, puis arrivait dans l'abdomen, pour se prolonger le long du détroit supérieur et de la colonne lombaire, en passant derrière les intestins : dans ce trajet, sa forme était cylindrique, et son volume, celui d'un intestin grêle : mais arrivée au niveau de la 3^e vertèbre lombaire, elle s'épanouissait de manière à représenter un disque étendu jusqu'au diaphragme. A ce niveau, sa largeur est 0^m,10 cent. environ, et son épaisseur, 0^m, 04 cent. Dans l'abdomen, ses caractères extérieurs sont à peu près les mêmes qu'au scrotum ; mais à l'intérieur, on rencontre une beaucoup moindre grande quantité de pus, et les orifices des veines paraissent oblitérés par des caillots durs et consistants. Testicule sain ; — intestins distendus par des gaz. — Aucune trace de péritonite ; les autres organes n'ont pu être examinés. Le même membre ajoute que, pour M. Velpeau, c'est un exemple de tumeur graisseuse et variqueuse, développée aux dépens des veines testiculaires et du flexus pampiniforme. Au microscope, M. Lebert y a trouvé des fibres celluleuses, des globules adipeux et des globules de pus.

M. Deville fait remarquer que M. Cruveilhier a publié (*Bull. de la Soc. Anat.* 1827, 2^e édit. p. 199), deux exemples de cette affection observés chez la femme, et que lui-même en 1843 (*Bull. de la Soc.* p. 199), en a présenté un cas, qu'il avait rencontré dans le service de M. Bérard aîné, à l'hôpital St-Antoine.

On doit, suivant M. Gros, rapporter ces lésions à un varicocèle ancien, qui serait à plusieurs reprises, devenu le siège d'inflammations : celles-ci se seraient accompagnées de l'induration du tissu cellulaire, excepté la dernière qui se serait terminée par suppuration. La petite quantité de tissu graisseux que l'on observe, et l'état béant des veines en sont des preuves manifestes : c'est, en un mot, un état absolument comparable à celui que l'on observe dans les tumeurs variqueuses des jambes :
 • M. Gros croit, en outre, avoir vu des varicocèles qui paraissaient offrir quelque ressemblance avec les pièces de M. Escalier.

M. Barth dit qu'il existe au Brésil, une affection caractérisée par une augmentation de volume du scrotum, qui nécessite

l'emploi de suspensoirs : le cas présenté par M. Escalier ne serait-il pas un exemple de ce genre? — Dans celui-ci, l'augmentation de volume s'explique facilement par la formation de tissu adipeux, comme on le voit dans tout tissu dégénéré, par la vascularisation très grande des tissus, l'état inflammatoire, etc.

Le même membre hésite à admettre l'opinion de M. Gros relative à un varicocèle antérieur; car les inflammations n'amènent jamais d'hypertrophie : il faudrait, en outre, démontrer qu'une même veine peut s'enflammer plusieurs fois; ce qu'il est difficile de comprendre quand l'on voit la phlegmasie amener tantôt la formation d'un caillot qui oblitère définitivement le calibre du vaisseau, tantôt de la suppuration; mais alors la mort est la règle et la guérison une exception. Ainsi la pièce de M. Escalier comme fait exceptionnel a besoin d'être enregistrée avec détail.

A l'appui de l'opinion de M. Barth relative à l'influence climatique ou autre sur le développement de cette affection, M. Escalier ajoute que le fils de ce malade présente une tumeur commençante du scrotum probablement de même nature. M. Piégu ajoute que Buffon a raconté un fait à peu près semblable dans son *Hist. natur. de l'homme*, et qu'il en existe un autre exemple dans J. L. Petit : ces deux faits auraient été de même observés chez des Américains.

M. Gros ne comprend pas pourquoi l'on admet si facilement que cette maladie est propre au Brésil : en effet, il faudrait prouver d'abord que l'on n'a point affaire à un varicocèle, chose peu facile dans l'état actuel de la science, puisqu'on n'a jamais fait l'anatomie pathologique de cette affection : puis démontrer la réalité d'une dégénérescence quelconque, ce qui serait aussi difficile : car l'on ne trouve sur la pièce de M. Escalier que du tissu cellulaire condensé, volumineux, dur, rougeâtre, et du pus pénétrant dans l'intérieur des veines.

3. M. Gabalda fait voir le poumon d'un homme de 70 ans, mort après un séjour de 48 heures à l'Hôtel-Dieu (service de M. Husson).

Cet homme, qui avait eu une bronchite il y a 3 ans, et qui conservait depuis cette époque une dyspnée très-intense, offrait au sommet des poumons une matité évidente et une absence complète des bruits respiratoires. — A l'autopsie, outre l'emphysème qui existait à la partie antérieure des poumons, on constata que le sommet de cet organe était fortement induré, surtout en haut et en arrière : le tissu cellulaire offrait une teinte grisâtre ardoisée ; sa cohésion était également considérable. — C'est là pour M. Gabalda un exemple évident de pneumonie chronique : un peu plus bas se trouvait au contraire un tissu rougeâtre, facile à déchirer, qui permettait d'apprécier les caractères différentiels de la pneumonie aiguë et de la pneumonie chronique. — D'ailleurs, nulle trace de tubercule, soit à l'œil nu, soit au microscope. — Dans la rate, on trouvait sous la membrane d'enveloppe une concrétion dure et fibrineuse.

M. Lunier fait observer qu'il existe dans le sommet du poumon un tubercule crétaé avec cicatrice à la surface du poumon. Ne serait-ce pas là une raison de croire qu'il y a des tubercules dans la pièce placée sous les yeux de la Société?

M. Caudmont croit qu'on ne doit pas attacher trop d'importance à ces masses crétaées; qu'elles ne sont pas nécessairement les restes de tubercules antérieurs, et enfin qu'elles peuvent également bien se développer toutes les fois qu'il y a inflammation chronique du poumon.

M. Gabalda ajoute que le microscope, d'accord en cela avec l'examen direct, n'a point démontré l'existence de tubercule ramolli, mais celle du pus seulement.

4. M. Chapsal présente les voies urinaires d'un homme âgé de 23 ans, de bonne constitution, entré à l'hôpital Beaujon le 9 mars 1847 (service de M. Robert). Ce malade présentant tous les signes physiques et rationnels d'un calcul vésical dont l'origine remontait au moins à 10 ans, M. Robert avait fixé l'opération de la taille pour le 9 avril; mais le matin même de ce jour survinrent des accidents cérébraux graves qui l'emportèrent au bout de 7 heures. Ces accidents consistaient dans une

gène très-grande de la respiration, une insensibilité et une résolution complètes des membres inférieurs, avec contracture des deux bras ayant duré 1¼ d'heure environ .

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion capable d'expliquer cette mort rapide. Le cerveau était sain ; les poumons étaient simplement gorgés de sang ; le cœur un peu gros ne présentait aucune altération remarquable.

L'appareil urinaire fut examiné avec soin : vessie petite, épaisse d'un centimètre, ardoisée à sa surface interne ; le calcul en occupe le bas-fond ; il a 4 centimètres dans un de ses diamètres et 3 centimètres dans l'autre.

Les uretères sont dilatés, le gauche surtout ; celui-ci peut recevoir le ponce dans sa cavité ; ses parois sont épaissies. Il présente des dilatations et des rétrécissements alternatifs ; son trajet est tortueux. Les bassinets, des deux côtés, ont 5 centimètres de diamètre, quand ils sont insufflés. Les calices sont aussi très-dilatés. Du côté gauche, c'est de l'urine, mais du côté droit c'est du pus qu'on rencontre dans leur cavité.

Les deux reins présentent 0^m,05 de large ; mais le droit offre 0^m,10 de longueur, tandis que le gauche va jusqu'à 0^m,15.

5. M. *Bouteiller* présente l'utérus d'une femme de 70 ans, morte de pneumonie à la Salpêtrière (service de M. Nat. Guilot). Cette femme présentait à l'orifice de la vulve une tumeur arrondie, saillante à l'extérieur, et facile à réduire pendant la vie : sa surface, lisse dans toute sa circonférence, offrait à son centre des rides manifestes, qui simulaient assez bien l'orifice du col utérin, dans les cas où il y a prolapsus de ce viscère. Pour le présentateur, c'est là un exemple d'oblitération complète du vagin à sa partie moyenne, avec invagination de la moitié supérieure de ce canal dans la portion qui lui est inférieure. La cavité de la partie invaginée est remplie de mucus épais sécrété par la face interne du canal : son accumulation dans cette partie du vagin a amené sa distension, d'où résulte une fluctuation évidente dans la tumeur placée à l'orifice vulvaire. Cette dernière présentait en outre quelques ecchymoses que l'on doit attribuer probablement à la présence d'un pessaire que l'on avait appli-

qué trois semaines auparavant ; c'est sans doute aussi à cette même cause qu'il faut rapporter la rétention d'urine qui existait depuis quelque temps. — L'utérus et les ovaires ne présentaient aucune altération. Point de renseignements sur l'ancienneté de cette altération, non plus que sur les lésions qu'a pu présenter la menstruation à ses différentes époques.

M. *Deville* ayant demandé l'ouverture de la portion dite invaginée, fait observer que les caractères de cette muqueuse et du liquide qu'elle contient le portent à admettre ici un prolapsus de l'utérus, ce dernier ayant un col très-petit et extrêmement allongé (0^m,08 environ). C'est là un fait qui n'est certainement pas sans analogue dans les annales de l'art.

M. *Colin* dit en avoir observé un semblable chez M. *Louis* : l'orifice utérin était oblitéré comme dans le cas actuel.

M. *Bouteiller* accepte l'opinion de M. *Deville* comme vraie ; la sienne n'était admissible qu'avant l'ouverture de la pièce.

6. M. *Blot* présente une tumeur enlevée par M. *Velpeau* à une jeune femme de 18 ans. Cette tumeur, de forme irrégulière, à peu près du volume d'un œuf de pigeon, était située dans le sinus maxillaire supérieur droit dont elle comprenait la paroi antérieure. Elle est d'une consistance molle et élastique, d'une couleur rouge tirant dans quelques endroits sur le rose, dans d'autres sur le rouge foncé. Cette coloration est plutôt due à une infiltration de matière colorante du sang qu'à une véritable vascularisation ; car, même à la loupe, on ne peut y apercevoir qu'un petit nombre de vaisseaux.

Cette tumeur est creusée à son centre d'une petite cavité à parois lisses, comme séreuses, renfermant à peu près une cuillerée à café d'un sérum rougeâtre ; on ne peut en exprimer de suc. Cette tumeur a été énuclée assez facilement avec le doigt introduit dans le sinus par une incision pratiquée à la gencive qui elle-même paraissait carnifiée.

M. *Blot* présente cette tumeur dans le but surtout de faire remarquer que, quoiqu'à première vue on ne soit pas tenté de prendre la substance, dont elle est formée, pour de la matière

cancéreuse, mais plutôt pour de la fibrine sur le point de s'organiser, elle est cependant composée toute entière de cellules cancéreuses qu'on retrouve très-facilement au microscope. On y voit surtout un grand nombre de ces cellules que M. Lebert a décrites et fait représenter sous le nom de cellules-mères, c'est-à-dire de cellules renfermant un grand nombre de noyaux 10, 20, 30. Le diamètre de ces cellules-mères varie entre $\frac{1}{20}$ et $\frac{1}{17}$ de millimètre. On trouve également quelques noyaux dépourvus de leur enveloppe cellulaire, et qui en moyenne ont $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{70}$ de millimètre de diamètre. Chacun d'eux contient à son intérieur une ou deux nucléoles de $\frac{1}{500}$ à $\frac{1}{300}$ de millimètre de diamètre.

7. M. *Lunier* présente les reins et la vessie d'un homme de 49 ans, entré dans le service de M. Hervez de Chégoin, pour y être traité d'une pneumonie, au 2^e degré. Ce malade allait de mieux en mieux au bout de quelques jours, et pensait même déjà à quitter l'hôpital, lorsque le 8 mai, au matin, il se plaignit de ne pouvoir uriner : on essaya de le sonder, mais on ne put arriver dans la vessie ; et bien que le cathétérisme eût été pratiqué sans douleur et n'eût amené aucun écoulement sanguin, il fut pris 374 d'heures après d'un frisson très intense, pendant lequel M. Lunier et deux de ses externes crurent constater une hyper-splénotrophie : ce frisson dura une heure; quelque temps après, on introduisit une sonde dans la vessie qui ne contenait que très peu d'urine. Le malade succomba vers une heure sans présenter rien de particulier.

A l'autopsie, faite 42 heures après la mort, le cerveau ne présentait qu'un peu d'injection à sa surface. — Le cœur offrait un peu de sang liquide dans les ventricules ; l'oreillette droite était à moitié remplie par un caillot semi-organisé qui se prolongeait de 0^m, 06 environ dans la veine cave. — On trouvait un peu d'emphysème à la surface du poumon gauche, et un peu d'engouement hypostatique en arrière et en bas de ce viscère. Quant au poumon droit, son lobe supérieur offrait une hépatisation rouge des plus évidentes.

Aucune altération dans le foie ni dans les intestins. — La rate était ratatinée et comme revenue sur elle-même ; sa surface était froncée et présentait des rides manifestes ; son tissu semblait un peu ramolli dans sa partie supérieure, et la boue splénique plus abondante qu'à l'état normal. — La vessie ne contenait qu'une très-petite quantité d'urine : le rein et l'uretère du côté gauche n'offraient rien d'anormal ; mais à droite, le rein présentait à sa partie inférieure une tumeur sphéroïde de 0^m, 10 à 0^m, 12 de diamètre distendue par du liquide : on put constater, à l'aide d'une incision, que ce liquide n'était autre chose que de l'urine : la face interne de cette cavité est tapissée par une muqueuse plissée qui la fait ressembler assez bien à la face interne d'une vessie. Cette cavité anormale se trouve sans communication avec le rein ; mais à sa partie inférieure on voit une ouverture communiquant avec un canal de 0^m, 005 de diamètre environ, qui vient s'ouvrir dans la vessie, à quelques millimètres de l'uretère de ce côté qui ne présente d'ailleurs aucune altération.

Après avoir fait l'histoire de ce malade, le présentateur croit devoir attribuer la mort à un accès de fièvre intermittente pernicieuse : il invoque à cet égard l'opinion de M. Caudmont qui a pu observer un certain nombre de cas de cette espèce dans le service de M. Civiale. D'ailleurs, l'amendement qu'avait éprouvé la pneumonie peut faire admettre qu'elle n'était plus suffisante pour déterminer la mort. Il est vrai que le poumon malade comprimait le nerf pneumo-gastrique et la veine cave supérieure, circonstances qui n'ont peut-être pas été complètement étrangères à la cause de la mort. M. Lunier croit en effet avoir observé plusieurs fois à la suite de pneumonie de ce côté des caillots dans l'oreillette droite et la veine cave inférieure. — L'état du poumon suffit à M. Macquet pour expliquer la mort : il n'est pas nécessaire d'admettre avec M. Lunier que le cathétérisme a amené une fièvre intermittente pernicieuse : car les accidents que l'on observe à la suite du cathétérisme diffèrent essentiellement de ceux de la fièvre intermittente paludéenne :

n'a-t-on pas, d'ailleurs, dans quelques-uns de ces cas de mort, observé une phlébite dans le voisinage des voies urinaires ? il n'a pu lui-même constater aucun engorgement de la rate sur un homme qui avait succombé à la suite du passage d'une sonde dans la vessie.

M. Colin, qui a vu la pièce à l'état frais, dit avoir constaté que la surface de la rate était ratatinée, et présentait des traces de péritonite ancienne : que le tissu de l'organe contenait de la boue liquide, et que la trame non ramollie se déchirait cependant avec facilité : le séjour de ce viscère dans l'eau n'avait pas encore amené l'écoulement complet de la boue qu'il contenait.

M. Barth croit qu'il existe des différences entre la fièvre, observée par les chirurgiens dans les cas analogues à celui de M. Lunier, et la fièvre paludéenne : il faudrait pour établir l'identité entre ces deux séries de phénomènes un grand nombre d'observations détaillées ; jusqu'à ce moment, on doit se tenir sur la réserve, et le fait de M. Lunier ne peut être donné comme un exemple bien frappant.

M. Pigné fait observer que toutes les fièvres traumatiques offrent un type rémittent jusqu'à l'établissement de la suppuration, et qu'il est jusqu'à un certain point permis d'établir quelque analogie entre les différents cas que l'on vient de citer. Il appelle en outre l'attention de la société sur l'uretère supplémentaire que vient de montrer M. Lunier : on constate en effet dans son épaisseur des fibres musculaires très développées, comme on le voit chez certains animaux.

8. M. Pigné présente un nouvel exemple de *monstruosité par inclusion*. Il s'agit d'une pièce recueillie sur le cadavre d'un jeune homme de 32 ans qui servait l'année dernière aux dissections. La tête ayant seule été ouverte, le présentateur suppose que le malade a dû succomber à une affection cérébrale, c'est-à-dire à une lésion différente de celle sur laquelle il veut fixer l'attention de la société. L'on trouve en effet dans l'abdomen et adhérente au colon transverse une tumeur dont les parois dures, calcaires, contiennent un liquide analogue à celui qui existe dans la tunique vaginale affectée d'hydrocèle ; et dans ce

liquide l'on voit flotter une masse qui est elle-même enveloppée d'une membrane transparente et excessivement mince : néanmoins on peut encore séparer cette dernière en deux feuillets qui, malgré leur ténuité, offrent une grande résistance; outre une petite quantité de liquide contenue dans cette membrane, on remarque un corps, du volume d'un œuf de dinde environ, complètement libre dans cette cavité et sans adhérence aucune avec les parois. Ce corps, dont la surface ressemble au tissu cutané, est séparé en deux parties bien distinctes par un étranglement au niveau duquel on constate la présence de cheveux très-courts et très-fins.

En incisant l'extrémité la moins volumineuse, on trouve une bouillie blanchâtre enveloppée de deux membranes qui présentent encore quelques débris vasculaires ; cette bouillie paraît identique à celle qui résulte de la putréfaction de la matière cérébrale. A l'extérieur de cette même extrémité, M. Pigné signale des enfoncements et de légers sillons qu'il croit pouvoir rapporter aux organes de la vue et de l'audition en voie de développement.

Si l'on divise maintenant l'autre extrémité, on remarque au-dessous de la membrane d'enveloppe un tissu cellulo-graisseux très dense et très épais, ne contenant qu'une petite quantité de graisse, et plus profondément des parties plus dures qui en sont le squelette; car elles sont disposées de manière à figurer d'une manière très exacte la colonne rachidienne, les côtes, etc.

En présence de ces faits, M. Pigné retrouve ici les débris d'un fœtus dont les membres encore rudimentaires ne sont représentés que par de petits tubercules, comme on l'observe généralement dans les cas d'acéphalie.

Le même membre ajoute que M. le professeur Paul Dubois possède une pièce identique à celle-ci.

9. M. Courtin montre : 1° les nerfs intercostaux enlevés sur un phthisique qui avait éprouvé peu de temps avant sa mort des douleurs vives dans le côté ; on constate, sur les nerfs du côté malade, une augmentation très considérable de volume.

10. 2° Un utérus recueilli sur une vieille femme. La longueur du col peut être évaluée à plus de 0^m, 07. L'on voit en outre une espèce d'étranglement à l'union du corps avec le col.

11. M. *Caudmont* présente les débris d'une pièce recueillie sur un homme âgé d'environ 50 ans, mort à la suite d'une pneumonie.

Sous le bas-fond de la vessie, immédiatement derrière la prostate, entre les vésicules séminales et les canaux déférents, l'on voit une tumeur cordiforme de 0^m,01 de diamètre, dure et donnant au doigt la sensation d'un calcul. A droite, elle est sans rapport avec le canal déférent, tandis qu'à gauche on rencontre entre elle et ce dernier un petit prolongement canaliforme de 0^m,012 de long, destiné à réunir ce kyste au canal déférent, la partie attenante à celui-ci paraissant creusée d'un canal. — Elle refoule la paroi vésicale de manière à former au niveau du trigone, une sorte de dos d'âne, se prolongeant jusqu'au véru-montanum, et plus en arrière un plan oblique en bas et en arrière. — Pas de sérosité dans ce kyste.

La prostate n'offre aucune altération non plus que les vésicules séminales qui n'ont du reste aucun rapport de continuité avec cette tumeur. — Ne seraient-ce pas là les restes d'une cellule détachée de la vésicule séminale ?

Au point de vue pratique, cette pièce a une grande importance, pour ceux qui prétendent diagnostiquer les calculs vésicaux par le toucher rectal.

Pour M. *Gros*, cette tumeur ressemble à la vésicule séminale unique qu'on observe chez les rongeurs, le lièvre, par exemple.

12. M. *de Beauvais* présente les viscères abdominaux d'un homme de 66 ans, entré le 23 avril à l'hôtel-Dieu avec les signes rationnels d'un cancer de l'estomac, tels que douleurs épigastriques, diarrhée abondante, etc. A l'ouverture de l'abdomen, l'estomac est revenu sur lui-même. Rien d'anormal dans ses dimensions, ni dans sa forme.

L'estomac, séparé de l'œsophage un peu au-dessus du cardia,

en bas quelques centimètres au-dessous du pylore, est incisé tout le long de sa petite courbure, et étalé sur une planche. Il contient un peu de liquide jaunâtre et du mucus.

Le cardia est sain; on constate la teinte normale, blanc jaunâtre, à un centimètre au-dessous des franges, mais plus bas, dans l'étendue de 6 centimètres carrés, à la face antérieure et à la face postérieure, on voit une rougeur assez vive avec un pointillé assez fin de couleur violette.

Le pylore a ses dimensions normales. La muqueuse offre une couleur violacée, brunâtre, ardoisée, générale; on aperçoit un pointillé noir, plus foncé sur les glandules de cette région. Cette coloration est tout-à-fait uniforme au niveau du pylore, et s'étend environ à un centimètre dans le duodénum. Son intensité est égale dans la partie stomachale du pylore, dans l'étendue de 6 centimètres; au delà elle diminue, se prolonge sur les deux faces de l'estomac, et se termine à 4 centimètres du cardia en cessant assez brusquement au niveau de la rougeur mentionnée plus haut. La couleur violacée du pylore se continue le long de la grande courbure en se réunissant avec la coloration des deux faces; mais elle s'étend beaucoup plus loin que cette dernière, puisqu'elle atteint le grand cul-de-sac, où elle se fond graduellement dans la couleur rouge du cardia.

La muqueuse est ramollie généralement; mais elle n'est pas amincie; elle glisse seulement sur les tuniques sous-jacentes, qui sont normales et saines; cependant elles participent à la rougeur dans les points où celle-ci a été notée sur la muqueuse.

Au niveau du pylore, la muqueuse est friable; elle n'est pas épaissie. Le duodénum est sain et sa teinte normale; l'intestin grêle, surtout en se rapprochant des derniers pieds voisins du cœcum, présente une coloration ardoisée, semblable à celle de l'estomac.

Les reins présentent un grand nombre de kystes qui contiennent pour la plupart de la sérosité rougeâtre.

M. Barth fait remarquer que l'on peut rencontrer dans les

reins trois espèces de kystes ; les uns que l'on a nommés hydatiques, et qui sont les plus rares, d'autres qui ne sont autre chose que la dilatation des calices, les troisièmes enfin qui sont très-fréquents, et qui se développent surtout dans l'épaisseur de la couche corticale ; c'est à cette dernière variété que l'on doit rapporter ceux que fait voir M. de Beauvais.

Quant à l'estomac du même individu, M. Barth y retrouve les caractères de la gastrite chronique ; il indique l'importance de cette teinte ardoisée que l'on retrouve dans toutes les affections chroniques du tube digestif ; il insiste sur cette rougeur diffuse de la muqueuse en quelques points ; sur l'épaississement, l'adhérence et la friabilité de celle-ci dans le voisinage du pylore.

13. M. Broca fait voir l'articulation du coude d'un homme de 40 ans environ, qui servait aux manœuvres opératoires dans les pavillons.

Sur cette pièce on constate dans les parties fibreuses voisines l'existence d'un certain nombre de productions osseuses très-développées : la plus remarquable de toutes, puisqu'elle a presque acquis le volume de l'olécrâne, se trouve placée dans l'épaisseur du ligament antérieur, qui est du reste manifestement plus court qu'à l'état normal. — Deux autres masses de même nature existent de chaque côté de l'humérus au-dessous de l'épitrachée et de l'épicondyle, et ressemblent d'une manière évidente à des os sésamoïdes. — Quant au ligament postérieur de l'articulation, il est très-développé ; son insertion supérieure se fait par l'intermédiaire d'une 4^e production osseuse ; mais celle-ci est intimement confondue avec le tissu propre de l'humérus. La tête du radius est portée en avant et ne présente aucune altération. — Les cartilages articulaires sont sains dans toutes les surfaces osseuses, excepté cependant au niveau de la petite tubérosité humérale, où ils sont érodés. — Le périoste est en outre le siège de dépôts osseux.

Les mouvements sont en grande partie conservés ; l'extension seule est impossible, ce qui tient sans doute à la production os-

seuse signalée dans l'épaisseur du ligament antérieur, et aussi à la rétraction de ce dernier : c'est encore à cette même cause que l'on peut rapporter le déplacement de la tête du radius.

Suivant *M. Pigné*, cette pièce est un exemple de subluxation de la tête du radius en avant.

Le même membre insiste pour faire constater l'intégrité de la tête radiale et l'amaigrissement avec l'état frangé du cartilage articulaire au niveau du condyle huméral ; car il aura plus tard occasion de revenir sur ces lésions.

M. Deville regarde la pièce de *M. Broca* comme appartenant à cette affection que l'on a tour-à-tour décrite sous les noms de *usure de cartilages* (Cruv.), *arthrite sèche*, *maladie de la hanche chez les vieillards* (*morbis coxæ senilis*) bien qu'on l'observe également chez les adultes : on l'a confondue de même avec les corps étrangers des articulations : elle peut du reste commencer à se développer dans les tissus fibreux ou osseux.

M. Pigné ne comprend pas pourquoi *M. Deville* assimile ces lésions à celles que l'on retrouve dans l'*arthrite sèche*, l'*usure des cartilages*, etc. L'on ne voit en effet sur la pièce de *M. Broca* aucun des caractères indiqués par *M. Cruveilhier* comme propres à cette maladie. En effet, d'après la description qui en a été faite par ce professeur, on ne retrouve ni stalactites, ni produits nouveaux dans les parties voisines ; les surfaces osseuses sont en outre aplaties et déformées ; leurs cartilages sont amincis ; tandis que sur la pièce, que l'on a sous les yeux, il y a formation nouvelle de tissu osseux, les cartilages sont sains ; de plus, on y retrouve de la synovie, ce qui n'existe pas dans l'arthrite sèche. N'est-il pas plus naturel d'admettre ici une subluxation, puisqu'il y a déplacement des surfaces articulaires, caractère qui manque encore dans la maladie décrite par *M. Cruveilhier*.

M. Deville admet avec *M. Pigné* qu'il n'y a pas usure des cartilages : néanmoins, s'il persiste dans l'opinion qu'il vient d'émettre, c'est parce qu'il pense que la pièce de *M. Broca* est

identique à une autre présentée par M. Richet, et que c'était là, pour M. Cruveilhier lui-même, un véritable exemple de l'arthrite sèche avec usure des cartilages.

14. M. Broca montre un exemple d'oblitération artérielle qu'il a observée sur la fémorale d'une femme de 70 ans morte à l'Hôtel-Dieu (service de M. Blandin). Le calibre de cette artère a complètement disparu depuis l'origine de la fémorale profonde jusqu'au niveau de l'anneau du 3^e adducteur : les parois artérielles contenaient dans leur épaisseur un peu de matière blanchâtre, et l'on trouvait dans la cavité du vaisseau un caillot consistant, décoloré, remontant par conséquent à une époque assez éloignée. Malgré cette oblitération, la circulation persistait dans le reste du membre inférieur; aussi celui-ci ne présentait-il rien de particulier au point de vue de la nutrition. — M. Broca note encore le développement des rameaux appartenant à l'artère obturatrice.

A cette occasion, M. Barth rappelle combien est simple le mécanisme de l'oblitération, par suite d'altérations survenues dans les parois artérielles : un caillot se forme dans la cavité du vaisseau; ce caillot se resserre, diminue de volume; les parois reviennent sur elles-mêmes, et quand le caillot a complètement disparu, elles se trouvent en contact, et restent ainsi froncées sans présenter d'adhérence.

Le même membre a pu observer en 1835 un cas plus complet d'oblitération des deux artères fémorales sur le même individu. — L'atrophie des membres inférieurs était peu prononcée. (Voy. *Archiv. gén. de médéc.* 1835).

15. M. Broca fait voir l'articulation tibio-tarsienne d'un jeune homme de 26 ans, qui a succombé, dans le service de M. Blandin, à une infection purulente survenue 15 jours après une amputation de jambe. Cette dernière avait été nécessitée par la présence, dans le voisinage de la malléole externe, d'une fistule tenant à un séquestre, qui donnait lieu à une suppuration très abondante. — Outre les tubercules pulmonaires trouvés à l'autopsie, on constata que le tibia était enflammé et transformé en

une sorte d'éponge; que cet os était complètement soudé avec le péroné et l'astragale, et qu'il existait des fibres osseuses, allant de l'astragale au tibia : on voyait cependant encore un peu de cartilage dans quelques points de l'articulation tibio-astragalienne. Bien qu'il n'ait pas trouvé de vaisseaux sanguins au niveau des points où la soudure de ces os était complète, M. Broca n'ose pas conclure qu'il n'y en avait pas, car le filet d'eau, employé pour nettoyer la surface osseuse, a pu suffire, pour faire disparaître les petits vaisseaux qui s'y seraient trouvés. — Les os du tarse se laissaient en outre facilement traverser par l'instrument tranchant.

M. Barth croit que l'on peut rapporter ces lésions à la présence des tubercules, ces derniers ayant amené la formation d'un séquestre, de la même manière qu'on les voit isoler une partie du poumon du reste de ce viscère. — Le même membre rappelle qu'en 1839 ou 1840, il a déposé au musée Dupuytren, un pied où tous les os se trouvaient comme ankylosés pour la même cause.

16. M. Pigné montre le bassin et la colonne vertébrale d'un jeune homme de 22 à 25 ans, dont le cadavre servait aux dissections, dans les pavillons de l'Ecole Pratique. Ce sujet, dont les poumons offraient des tubercules à tous les degrés, présentait aux fesses, plusieurs orifices fistuleux : les muscles de cette région étaient comme lardacés, fibro-cartilagineux, et au-dessous d'eux, on constatait la destruction presque complète du coccyx et de la dernière vertèbre sacrée. On trouvait encore, au-devant de la colonne vertébrale, un abcès volumineux, formé de pus phlegmoneux, qui n'offrait pas la moindre trace de matière tuberculeuse.

Du côté des os, l'on voit une destruction à peu près complète du corps de la première vertèbre sacrée; d'où résultent, 1° l'affaissement de la colonne vertébrale en avant, 2° la disparition de l'angle sacro-vertébral, qui, loin d'être saillant en avant, forme au contraire, un angle presque droit en arrière, 3° la diminution de la distance qui existe entre le pubis et la première vertèbre

lombaire, diminution telle que cet intervalle est moindre que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin. La forme de ce dernier est ovoïde; son grand diamètre, dirigé d'arrière en avant, a 0^m,135.

Quant au reste de la colonne vertébrale, chaque vertèbre, à part les trois premières, présentent une érosion évidente : elles sont, en outre, soudées les unes avec les autres, par du tissu osseux, qui ne fait pas d'ailleurs saillie à sa surface. Le corps de la 10^e dorsale ne présente pas la hauteur qu'elle doit avoir à l'état normal.

M. *Pigné* ajoute que sur le même individu qui avait une taille ordinaire, l'aorte offrait un diamètre moitié moins long qu'on ne l'observe habituellement.

A cette occasion, M. *Barth* rappelle qu'il existe dans la science plusieurs exemples de rétrécissements de l'aorte dans toute sa longueur. Quant aux lésions osseuses, placées sous les yeux de la Société, le même membre les rapporte à l'affection tuberculeuse.

17. M. *Coffin* met sous les yeux de la Société, le modèle en plâtre, moulé à la gélatine, d'une pièce qu'il a recueillie au mois de décembre dernier, sur une femme de 58 ans, morte d'une péritonite, dans le service de M. *Manec*, à la Salpêtrière. Cette malade avait, à plusieurs reprises, consulté ce chirurgien pour des maux de gorge et des difficultés d'avaler, que rien ne paraissait expliquer; on profita de l'autopsie pour rechercher la cause de ces symptômes, et voici ce qu'on trouva :

Le pharynx se terminait en bas, par un cul-de-sac qui formait une poche, d'un décimètre de long à peu près, distendue par une accumulation de vermicelle au lait, pris par la malade le jour même de sa mort. — Les parois de cette poche étaient formées par la membrane muqueuse du pharynx, et plus en dehors par une membrane cellulo-fibreuse, très épaisse et très dense. Le muscle constricteur inférieur du pharynx recouvrait cette dernière, dans ses deux tiers supérieurs.

Vers le milieu de la face antérieure de la poche, on voyait l'œsophage s'ouvrir par un orifice étroit, ne présentant ni indura-

tion, ni rétrécissement, ni anneaux fibreux qui pussent faire croire à une dilatation, dépendant d'une accumulation de matière au-dessus d'un obstacle : l'ouverture était au contraire lisse, bien dessinée, et disposée de manière à forcer les aliments à s'accumuler dans la poche, avant de descendre dans l'estomac. — Les parties voisines, examinées avec soin, ne présentaient aucune altération, soit dans leur texture, soit dans leurs rapports. — Pour M. Coffin, c'est là une lésion congénitale.

M. *Cruveilhier* croit pouvoir assimiler cette lésion à ces hernies de la membrane muqueuse, que l'on rencontre si fréquemment à la vessie et au rectum.

S'il en était ainsi, ajoute M. *Coffin*, ne verrait-on pas une espèce de gouttière sur les parties latérales de l'orifice conduisant dans la poche accidentelle ?

18. M. *Pigné* présente un testicule de cheval, qui lui a été envoyé par M. Boulay d'Alfort : suivant ce dernier, l'altération dont cet organe est le siège, se rencontre avec tous ces caractères chez un grand nombre de chevaux, qui doivent plus tard, succomber à la morve. Elle consiste dans une augmentation de volume, que l'on peut évaluer à $\frac{1}{8}$ ou $\frac{1}{6}$ du volume ordinaire, et dans une infiltration séro-graisseuse, occupant tout le tissu cellulaire de la glande. Cette matière infiltrée, qui a, même au microscope, la plus grande ressemblance avec la matière tuberculeuse, n'est autre que le pus que l'on trouve en général dans les abcès morveux. On remarque en même temps, une grande vascularisation dans toute l'épaisseur de la glande. — Il paraît, ajoute M. *Pigné*, que cette lésion se développe avec la plus grande rapidité ; car le 6 juin, dans la matinée, le cheval ne paraissait éprouver aucune douleur dans le testicule ; vers la soirée seulement, l'animal commença à souffrir, et le lendemain, la douleur était tellement vive, et l'augmentation de volume si considérable, que la castration dût être pratiquée immédiatement ; ce qui n'empêcha pas la morve de se manifester le 9 juin, avec ses caractères habituels.

M. *Gros* ne voit dans la lésion présentée par M. *Pigné*

qu'une inflammation très considérable du testicule, inflammation démontrée par la vascularisation qu'on y voit.

M. *Macquet* rappelle que dans la morve, il existe deux ordres d'accidents : que les uns sont dus à l'infection purulente, ce sont les abcès métastatiques, tandis que les autres sont représentés par les ulcérations des fosses nasales. Ces deux ordres d'accidents tendent en s'aggravant l'un et l'autre, à rendre la maladie plus rapidement mortelle. Dans le cheval, l'infection générale ne serait-elle pas due à l'inflammation du testicule ? Il eût été bon de s'assurer de l'état des veines qui viennent de cette glande ; peut-être contenaient-elles du pus ?

19. M. *Pigné* présente, au nom de M. Goubaux, professeur à l'école d'Alfort, un fœtus renfermé depuis 3 ans dans l'abdomen d'une brebis. Il était situé dans la corne de l'utérus, qui offrait une cloison complète, et enveloppé par un kyste dont les parois étaient fibreuses dans quelques points et cellulo-graisseuses dans d'autres. Toutes les parties de ce fœtus (peau, muscles et leur coloration, etc.), sont aussi bien conservés que sur le fœtus présenté il y a quelques années par M. Thivet, et qui séjournait depuis 19 ans dans le ventre de la femme où ce dernier l'avait trouvé.

M. *Broca*, se fondant sur ce que la corne se continue directement avec la trompe, voit dans cette pièce un exemple de grossesse tubaire.

20. M. *Broca* présente quelques muscles recueillis sur un vieillard qui était descendu dans sa cave pour y boire de l'eau-de-vie avec l'intention de se suicider ensuite : il y était depuis 26 heures, lorsqu'on l'a retrouvé sans connaissance, les fesses dans un baquet. Transporté à l'Hôtel-Dieu, ce malade présentait un gonflement énorme de la cuisse, mais sans œdème du membre et sans beaucoup de douleur : il y avait en même temps de la contracture de ce côté. A la mort, survenue trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on constata la présence d'une ecchymose très considérable sur le membre malade ; du sang veineux était infiltré dans les muscles et leurs intervalles. La

moitié inférieure du demi-tendineux était blanchâtre, friable; on ne voyait d'abcès nulle part.

M. *Cruveilhier* regarde cette dernière altération comme due à la combinaison du pus avec la fibre musculaire; c'est ce qu'on observe toujours dans l'inflammation des muscles; le 1^{er} degré de cette phlegmasie est en effet caractérisé par la décoloration de la fibre charnue et la combinaison du pus avec cette dernière. — L'examen microscopique fait par M. *Coffin* ne confirme pas cette manière de voir: il démontre seulement que les fibres musculaires sont comme disséquées: nulle part on ne constate la présence du pus.

21. M. *Macquet* met sous les yeux de la Société les membranes d'un œil qui offrait du pus dans la chambre postérieure. L'inflammation concomittante de ces membranes est démontrée par la vascularisation de la choroïde et l'épaississement de la conjonctive qui a bien un millimètre d'épaisseur: M. *Macquet* ignore si cette augmentation de l'épaisseur de la conjonctive porte sur la membrane elle-même ou sur le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent.

22. M. *Cruveilhier* présente un kyste acéphalocyste qu'il a trouvé sur un cadavre placé dans les pavillons de l'École Pratique: ce kyste, remarquable surtout par son siège dans l'aisselle, était divisé en deux poches, dont les parois offraient çà et là quelques concrétions phosphatiques.

A cette occasion M. *Macquet* rappelle qu'il y a quelque temps se trouvait dans le service de M. *Blandin* un malade qui portait sous le tendon du muscle grand rond une tumeur distendue par de la sérosité citrine analogue à celle que l'on trouve dans les kystes hydatiques. M. *Blandin* crut avoir affaire à un kyste de ce dernier genre, et ce qui porte M. *Macquet* à croire son diagnostic exact, c'est que l'injection iodée ne réussit pas à enflammer ses parois.

M. *Richard* répond à M. *Macquet* que l'on voit quelquefois des kystes non-hydatiques ne point s'enflammer sous l'influence de l'iode. Cette raison seule ne suffit donc pas au diagnostic.

23. *M. le Tixerant* présente un calcul que *M. Blandin* a retiré deux jours auparavant chez un enfant de 3 ans, par la taille latéralisée. Aujourd'hui (3^e jour), le malade va parfaitement bien. *M. Blandin* avait pensé d'abord que la lithotritie pouvait être employée avec avantage; mais une première séance où il avait frappé deux ou trois coups avec le percuteur, lui avait démontré que ce calcul offrait trop de dureté pour que cette méthode pût être continuée avec avantage; le lithotriteur pouvant d'ailleurs facilement se briser à cause du peu de force de résistance des instruments que l'on emploie chez des malades de cet âge: tout le monde sait en outre que la taille chez les enfants n'offre point les mêmes dangers que chez l'adulte. Cette dernière ayant donc été pratiquée, le chirurgien retira de la vessie un calcul mural d'acide urique de 0^m,025 sur 0^m,018 environ. Dans un point de sa surface, on remarquait celui sur lequel le percuteur avait agi, en en détachant un petit fragment.

Pour *M. Caudmont*, dès que l'on a affaire à un calcul de ce volume, on ne doit point recourir à la lithotritie; car cette dernière n'a d'avantage chez les enfants, qu'à la condition qu'une seule séance suffira pour les débarrasser complètement. — Le même membre ajoute qu'au point de vue de la cohésion, on peut diviser les calculs vésicaux en deux catégories; les premiers, à structure lamelleuse présentant une très-grande dureté; les seconds granuleux, se broyant en général avec assez de facilité: c'est donc une erreur de croire, comme on le fait généralement, que les calculs muraux, bien que granuleux, soient plus durs que les autres.

M. Broca ne veut pas admettre cette dernière proposition formulée par *M. Caudmont*; car l'hiver dernier il a, pour ainsi dire, usé complètement une lame de scie en voulant couper un calcul mural, tant il y avait de cohésion entre ses parties, et bien qu'il fût granuleux, la surface de section était aussi lisse que dans les calculs lamelleux. — Mais, dit *M. Caudmont*, il existe une grande différence entre scier un calcul et faire éclater ce dernier sous le marteau; car ce calcul peut être extrê-

mement dur et se briser cependant avec la plus grande facilité. — Cette dernière proposition, ajoute M. Broca, est vraie; mais faire éclater un calcul n'est pas le broyer; c'est le réduire en fragments plus ou moins volumineux, et non pas en une poudre ou une pâte que l'urine puisse entraîner lors de son émission.

24. M. Béraud montre un exemple de perforation intestinale observée sur un homme entré le 2 juin 1847 à l'hôtel-Dieu (Annexe) salle Sainte Ursule, n° 3, service de M. Tessier. Cet homme, qui est âgé de 31 ans et peintre en bâtiments depuis 10 ans, éprouva pour la première fois, il y a 2 mois environ, les mêmes accidents qu'aujourd'hui; ceux-ci cédèrent au bout de 10 jours à l'emploi des purgatifs, et revinrent un mois après pour disparaître encore en 8 jours sous l'influence du même traitement. Dans ces intervalles, le malade pouvait se livrer à ses occupations.

Etat actuel. — Constitution forte, tempérament sanguin, malade depuis une dizaine de jours, pas de fièvre, pas de chaleur à la peau, rien au cœur, ni dans les poumons; seulement un peu de dyspnée; les gencives portent un liseré grisâtre; la langue est sale, l'haleine n'est pas fétide, pas d'appétit, hoquet continuél depuis hier seulement; vomissements de matières bilieuses, verdâtres, en grande abondance; constipation opiniâtre datant de 15 jours, le ventre est uniformément ballonné, et le siège de douleurs très fortes, surtout autour de l'ombilic; la pression augmente cette douleur; émission des urines facile. Le ballonnement du ventre ne permet pas d'explorer autrement l'état des viscères abdominaux. (2 lav. de miel de mercuriale, bain prolongé, catapl. sur le ventre, gros. 1 p. 3 pots. 4 pil. opium. diète).

4 juin. Le malade va mieux, il a sué; plus de hoquet; cependant le ventre est plus ballonné qu'hier; pas de selles, moins de vomissements; le pouls est dur, mais normal quant à la fréquence. (4 pil. d'huile de croton 1 goutte chaque, 2 p. opium pour le soir, diète).

5 idem. Pas de selles; le ventre se gonfle de plus en plus, et

la dyspnée augmente. (4 gouttes d'huile de croton en 4 pil. lav. des peintres, bain, diète).

6 *idem*. Expectoration de crachats épais, purulents; une selle peu abondante, beaucoup de vomissements; le hoquet a reparu, mais moins fréquent que le jour de son entrée; violentes coliques, pouls 92, matité à droite dans le poumon, râles sous-crépitaux, rien au sommet du poumon (lav. des peintres, catapl. sur le ventre, 0,05 opium en pil. diète.)

7 *idem*. Pas de vomissements, pas de selles, crachats puriformes. (Lav. avec tabac et huile de croton, diète, catapl.)

9. *idem*. Hier le malade a pris 10 lavements d'eau froide de 2 en 2 heures; une potion avec 30 gr. huile de ricin et 4 gouttes de croton; il n'a pas encore été à la selle, et rend au bout de quelques minutes les lavements tels qu'il les a pris; ventre extrêmement distendu, son tympanique, diaphragme refoulé en haut; violentes coliques qui ont empêché le sommeil. (Lav. d'eau froide de 2 en 2 h., potion avec le jalap, compresses froides sur le ventre).

10. *idem*. Pas de selles, pas de vomissements, ventre extrêmement ballonné, dyspnée très grande, pouls plein, à 100 pulsations. (0 gr., 20 gomme gutte dans 4 pil., glace sur le ventre, lavement avec 5 gr. feuilles de tabac, diète).

11. *idem*. Pas de selles; il rend les lavements immédiatement après les avoir pris; le ventre est douloureux; pas de vomissements; le hoquet, qui avait cessé encore, reparaît aujourd'hui. (5 pil. de 0 gr., 20 chac. de calomel, cat. émoll. sur le ventre, diète).

Le soir, à 5 heures, il se refuse à prendre les pilules de calomel; facies hippocratique; vomissements de matières jaunâtres, homogènes, d'une odeur très repoussante; ballonnement extrême, violente douleur de ventre; le pouls est petit, filiforme; les extrémités froides, la respiration très gênée; pas de selles, mort 1½ heure après.

Autopsie, 36 heures après la mort. — On trouve avant l'ouverture du cadavre une grande quantité de matières fécales,

liquides jaunâtres, sorties par le rectum. — Quand on incise les parois abdominales, il s'échappe du péritoine une grande quantité de gaz très fétides, sans que le scalpel ait intéressé l'intestin. La portion sous-diaphragmatique du tube intestinal, à partir du cardia, est énormément distendue par des gaz et des liquides. On découvre en même temps dans le péritoine beaucoup de matières fécales disposées en couches d'une ligne d'épaisseur sur les circonvolutions intestinales; on en trouve surtout au niveau du cœcum. Dans les parties déclives s'est amassé un liquide peu abondant, jaunâtre, tenant en suspension des matières fécales. Lorsqu'avec un jet d'eau on enlève les matières qui salissent la surface péritonéale des intestins, on voit une membrane injectée rougeâtre, poisseuse; en cherchant avec précaution la solution de continuité par laquelle l'épanchement s'est produit, on trouve au niveau du cœcum, à sa partie antérieure et supérieure, une ouverture ronde, elliptique, à bords dentelés, ayant environ 0^m,008 dans son plus grand diamètre et 0^m,006 dans son plus petit. Cette ouverture siégeait au centre d'une surface de 5 centimètres carrés, dépourvus de péritoine; à la circonférence de cette surface, on voit le péritoine, plus en dedans la tunique musculense, puis presque au centre il n'y a plus que la muqueuse qui est ramollie; si l'on fend le gros intestin pour voir cette ouverture en dedans, on trouve tout autour du pertuis une injection rouge noirâtre. — Vers la fin de l'S iliaque, existe une tumeur établissant une limite entre la partie supérieure du tube intestinal, qui est énormément distendue et la partie inférieure qui l'est moins. Après avoir détaché cette portion d'intestin avec précaution pour ne pas détruire un volvulus s'il en existait un, on incise l'intestin le long du bord adhérent: au niveau de la tumeur, existe sur une longueur de 1 centimètre, un rétrécissement tel qu'on peut à peine y passer une plume d'oie; on aurait dit, en touchant et en voyant cet intestin, qu'il était étranglé par un anneau métallique. Cette tumeur, d'un centimètre environ d'épaisseur, est dure, et quand on l'incise, crie sous le scalpel; sa couleur est blanchâtre dans certains points;

dans d'autres elle est jaunâtre : au-dessus de cette tumeur, que M. Bouley pense être cancéreuse, existe le ballonnement et des matières fécales en grande abondance. Les valvules du gros intestin sont énormes ; le foie est ramolli, bleuâtre à sa surface ; il a déjà éprouvé un commencement de putréfaction, les poumons sont congestionnés ; rien à noter dans les autres organes.

25. M. *le Tixerant* met sous les yeux de la société les articulations d'un poignet amputé par M. Blandin sur un jeune homme de 17 à 18 ans, affecté d'une tumeur blanche ancienne. Cette pièce démontre d'une manière évidente qu'il existe au poignet trois synoviales distinctes : la première, placée entre les surfaces articulaires des os de l'avant-bras et des os du carpe et du métacarpe ; la deuxième, complètement isolée de celle-ci, est placée à l'articulation du trapèze et du premier métacarpien ; la troisième enfin est pour le pisiforme : sur cette pièce, les deux dernières sont saines, tandis que la première offre dans ses différents points des fongosités très-développées.

26. M. *Coffin* présente les os du poignet d'un enfant de 10 ans, auquel M. Nélaton a pratiqué l'amputation de l'avant-bras pour une tumeur blanche de ces parties (hôpitaux des Cliniques). Cet enfant, qui s'était, il y a quelques années fracturé les deux os de l'avant-bras, avait vu se développer une tumeur blanche du poignet à la suite d'un coup de bâton reçu sur cette partie : des abcès et des fistules s'étaient formés dans le voisinage ; le chirurgien avait été obligé de recourir à l'amputation du membre. A l'examen de celui-ci, l'on vit que les os du carpe étaient altérés dans une grande étendue ; que le grand os avait complètement disparu, et enfin que le second métacarpien contenait dans son intérieur un séquestre encore en rapport avec l'os de nouvelle formation. Une large ouverture à l'os faisait communiquer ce séquestre avec les fistules placées sur le dos de la main.

27. Le même membre montre plusieurs pièces destinées à faire voir le travail d'élimination des séquestres osseux ; la première est un tibia recueilli sur un homme qui avait une tumeur blanche

de l'articulation tibio-tarsienne; la deuxième est un autre tibia recueilli sur un malade affecté de gangrène spontanée; sur ces deux pièces on voit manifestement tant à l'extérieur qu'à l'intérieur les nombreuses vacuoles qui se développent sur la partie saine dans le voisinage des points où doit avoir lieu la séparation du séquestre. — Sur l'un de ces tibias, les vacuoles placées dans l'épaisseur de l'os sont beaucoup plus petites que celles placées à l'extérieur.

28. Après avoir rappelé que la plupart des auteurs regardent le sang des scorbutiques comme privé d'une grande partie de sa fibrine, M. *Boulland* fait voir plusieurs portions des muscles du jarret qu'il a recueillies sur une femme de 79 ans, morte avec les signes du scorbut à la Salpêtrière; ces muscles contiennent çà et là des caillots sanguins très-consistants. Dans d'autres points le sang est infiltré dans le tissu musculaire, mais sans offrir cette diffuence qu'on admet généralement dans cette affection. — L'on trouvait encore dans le cœur et dans l'aorte des caillots nombreux et consistants. — A cette occasion, M. *Boulland* rappelle que MM. *Rodier* et *Becquerel* ont constaté une assez grande quantité de fibrine dans le sang de plusieurs scorbutiques: chez l'un d'eux même, la saignée était très-couenneuse.

A ces faits M. *Richard* en ajoute un autre observé dans le service de M. *Andral*, et publié récemment dans un journal de médecine.

29. M. *Delacaze Duthiers* montre: 1° un exemple d'oblitération du canal cystique par un calcul biliaire: la vésicule du même nom, au lieu de contenir de la bile, n'offrait plus à son intérieur, qu'un liquide incolore, filant, blanchâtre: la membrane interne avait, en outre, perdu complètement l'aspect muqueux qu'elle présente habituellement.

MM. *Blot* et *Richard* prennent successivement la parole pour démontrer que ce liquide n'est autre chose que du mucus sécrété par la membrane interne, et que l'aspect de cette dernière est celui qu'elle offre constamment quand, par une cause quelconque, la bile ne pénètre plus dans sa cavité.

30. 2° Un fragment de poutmon présentant à sa face anté-

rieure une tumeur emphysémateuse, du volume d'un œuf de poule ; sur cette malade qui offrait en même temps, une altération des reins, on observait de l'œdème aux jambes et aux paupières, et dans la plèvre, une grande quantité de sérosité qui n'empêchait pas de percevoir à son niveau une sonorité très marquée. En incisant cette tumeur emphysémateuse, on constate qu'elle est formée par une énorme poche tapissée à sa face interne, par une multitude de petites cloisons incomplètes.

M. *Depaul* désirerait savoir comment la poitrine a été ouverte : car, ajoute-t-il, quand il y a adhérence du poumon à la paroi antérieure de la poitrine, l'effort que l'on fait pour renverser le sternum sur la face peut suffire pour produire une tumeur emphysémateuse, surtout si le poumon l'est déjà quelque peu. En effet, dans ce mouvement, il se forme dans la poitrine, un vide que l'air tend à combler en pénétrant par les bronches.

M. *Lacaze* ne croit pas l'observation de M. *Depaul* applicable au cas actuel ; car le poumon n'offrait aucune adhérence à la poitrine, qui a, du reste, été ouverte par le procédé ordinaire.

M. *Macquet* dit avoir également observé à la Salpêtrière un cas d'emphysème accompagné d'anasarque, bien qu'il n'y eût pas d'affection du cœur ni des reins ; il différerait de celui de M. *Lacaze*, par le grand nombre de petites tumeurs placées à la surface du poumon, et qui ne pouvaient avoir été produites pendant l'ouverture de la poitrine, puisqu'elles existaient auparavant. — Quand il n'y a pas albuminurie, l'emphysème est une cause qui explique facilement l'anasarque, par la gêne qu'en éprouve la circulation veineuse : cette cause avait déjà du reste été notée par M. *François*.

Malgré ces observations, M. *Lacaze* persiste dans le cas actuel, à regarder l'affection des reins comme cause de l'œdème ; il est d'autant plus porté à le croire qu'il a plusieurs fois eu l'occasion de faire l'autopsie de femmes ayant d'énormes emphysèmes, sans qu'il y eût trace d'œdème dans un point quelconque de l'économie.

31. M. *Coffin* communique un exemple de déplacement du

testicule qu'il observe chaque jour, sur un chapelier âgé de 34 ans : cet homme, entré le 29 mars 1847, dans le service de M. Nélaton à l'hôpital des cliniques, pour une fistule à l'anús, disait avoir une hernie commençante du côté gauche. L'on trouve en effet dans la région inguinale, une tumeur molle, non fluctuante, très mobile, ovoïde (le grand axe dans la direction du pli de l'aîne, au-dessus duquel elle est immédiatement placée). Elle est située à un travers de doigt au-dessus et en dehors de l'anneau, entre la peau et l'aponévrose du muscle grand oblique. Son extrémité interne est à 0^m,03 de l'épine du pubis.

Dans le scrotum, l'on ne trouve que le testicule droit, et si l'on pressa la tumeur de l'aîne du côté gauche, elle descend aussitôt dans le scrotum, mais pas assez, pour devenir symétrique avec le testicule du côté droit. Elle s'arrête à cinq centimètres de l'extrémité inférieure du scrotum ; de sorte que l'on trouve deux tumeurs, la droite permanente due au testicule droit, recouvert par la presque totalité du scrotum, puisque le raphé médian en occupe toujours la ligne moyenne. L'autre, qui n'est qu'accidentelle, beaucoup plus petite que la première, déplisse seulement un peu la partie supérieure et gauche du scrotum, sans faire varier la position du sillon médian. Ces caractères suffisent pour montrer la nature de la tumeur de l'aîne.

Le testicule droit offre au moins un volume double du gauche ; il est beaucoup plus dur ; son épидидyme et son cordon sont très apparents, tandis que du côté gauche, on ne reconnaît que difficilement ces parties, qui, du reste, ne présentent aucune altération ; le canal déférent sort du canal inguinal, et se réfléchit d'une manière évidente sur la circonférence externe de l'anneau pour gagner le testicule.

Tant que le malade reste en repos, le testicule peut rester dans le scrotum ; mais dès qu'il marche, le testicule remonte de lui-même prendre sa position au-dessus de l'anneau inguinal externe. Dans cette situation, il gêne le malade, et le fait quelquefois assez souffrir pour le forcer à suspendre momentanément ses travaux. Bien que cet homme crût que sa tumeur fût

une hernie, jamais il n'a porté de bandage qui pût expliquer le transport du testicule en dehors de l'anneau. — Cet homme est marié; il a un enfant, et est porté aux plaisirs de l'amour.

S'il survenait maintenant, comme le disait M. Nélaton, une hernie inguinale, celle-ci pourrait prendre la place du testicule, au-dessus et en dehors de l'anneau, et simuler une hernie contenue dans le canal: on aurait alors un cas analogue à celui qu'avait observé A. Bérard, dans lequel ce chirurgien, immédiatement après l'incision de la peau, rencontra le sac de la hernie, lorsqu'il croyait celle-ci renfermée dans le canal inguinal.

32. M. *Pénard* met sous les yeux de la Société les reins d'une femme de 35 ans, morte avec une albuminurie, dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu. On y constata les lésions décrites par M. Rayet comme appartenant au 3^e degré de la néphrite albumineuse: du côté droit, la capsule surrénale formait une cavité contenant de la sérosité jaunâtre. Cette même malade présentait aussi une hypertrophie du cœur.

33. M. *Godart* met sous les yeux de la Société les viscères d'une femme morte dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu (salle saint Landry, n° 21). Cette femme, nommée Henneuse, âgée de 49 ans, blanchisseuse, rapportait le début de sa maladie au mois d'octobre dernier; mais il est probable qu'il remontait beaucoup plus haut. Elle était extrêmement maigre, éprouvait des douleurs très-vives dans l'abdomen et spécialement dans les régions lombaires, surtout à droite, accusait tantôt une chaleur brûlante, tantôt des douleurs lancinantes, et ne pouvait se coucher que sur le dos. Le ventre était peu volumineux, assez plat, très sensible à la pression. On sentait de la rénitence sous les fausses côtes droites. — Pas de troubles remarquables du côté des voies digestives et urinaires, de la constipation, un léger nuage blanc muqueux dans les urines.

Le 5 juin une tuméfaction douloureuse du membre inférieur droit.

Le 9 *idem*. Un ictère qui devient très-intense, peau jaune orangé, urines presque noires. Mort le 30 juin.

Outre plusieurs altérations intéressantes, on constate la coïncidence sur le même sujet de trois produits accidentels très évidents au microscope, tubercule, cancer, tumeurs fibreuses.

Le foie est un peu friable, d'une couleur verdâtre, ses granulations volumineuses, les veines très-dilatées. Les parois de la vésicule biliaire sont converties en une substance blanche, d'aspect squirreux, dans laquelle on trouve des globules de cancer très évidents. Les conduits biliaires sont confondus avec une masse très volumineuse, blanche, criant sous le scalpel, située dans le mésentère et comprenant le pancréas. Les cellules cancéreuses sont ici également caractéristiques.

Les reins sont fortement colorés en jaune, sains d'ailleurs ; mais la capsule surrénale gauche est volumineuse ; elle présente 0^m,06 de largeur et 0^m,04 de hauteur. Elle semble formée d'une substance extérieure blanche, dure et d'une substance intérieure alternativement rouge brique et jaune orangé, et évidemment due à un épanchement sanguin. Il faut noter que dans la portion blanche extérieure et dans la matière jaune orangé on trouve des cellules cancéreuses abondantes, tandis qu'on n'en trouve pas dans les parties rouges. Les uretères étaient très dilatés.

L'utérus, d'un volume normal, présente, dans l'épaisseur de ses parois, plusieurs petites tumeurs fibreuses dans lesquelles on ne rencontre aucune cellule cancéreuse ; on en voit à sa surface extérieure deux autres petites pédiculées.

Les poumons colorés en jaune offraient à leur sommet des tubercules crus, peu volumineux, mais nombreux et dans lesquels les corpuscules de tubercule se virent très-bien. Dans le reste de leur étendue poumons parfaitement sains.

Les veines du membre inférieur droit étaient remplies de caillots noirs qui remontaient jusqu'à l'origine de l'iliaque externe.

Le cerveau, teint en jaune comme tous les organes en général, était de consistance très molle. Le cœur, l'aorte, les intestins, la rate, la vessie, les ovaires étaient sains.

34. M. Blain des Cormiers présente un exemple de suppu

ration profonde de toute la fosse iliaque gauche avec oblitération du calibre de la veine-cave ascendante par un caillot fibreux et plusieurs noyaux purulents à la périphérie des deux poumons, principalement au sommet.

Femme âgée de 26 ans, entrée à la fin de mars 1847, à la Charité (salle saint Vincent, n° 26). — Accouchée récemment, elle se plaint d'éprouver de vives douleurs dans la région iliaque gauche. Il n'y a pas encore de tumeur au moment de l'entrée de la malade ; et pourtant le membre inférieur gauche a une tendance marquée à se fléchir sur le bassin. La malade est pâle et amaigrie. Fièvre. Des sangsues appliquées à deux reprises sur la région douloureuse n'amènent point de soulagement. Le même état persiste jusqu'au commencement de mai. L'affaiblissement et l'émaciation de la malade vont toujours en augmentant.

A cette époque, la flexion de la cuisse gauche sur le bassin se prononce de plus en plus : les membres, considérablement amaigris, sont œdématiés, surtout le soir, bien que la malade ne quitte pas le lit. En même temps on commence à sentir dans toute la région iliaque une fluctuation profonde, dont il est difficile de déterminer les limites. Elle remonte évidemment dans toute l'étendue du psoas-iliaque ; et tout porte à croire qu'elle a débuté par le muscle psoas.

La fluctuation locale, l'amaigrissement, la fièvre hectique, le volume de la tumeur, l'œdème des membres inférieurs vont en augmentant jusqu'à la fin de juin, époque à laquelle M. Velpeau fait une large incision pour donner issue au pus qui remplit la fosse iliaque. L'odeur de ce pus, le bruit des gaz qui s'échappent au moment de l'incision, la couleur du pus qui est d'un gris sale et mal lié indiquent suffisamment une lésion, probablement consécutive de l'intestin. — Pansement simple. La malade meurt deux jours après.

Autopsie faite 26 heures après la mort, par une température de 15 degrés. Pas de signes de putréfaction avancée.

A l'ouverture de l'abdomen, point de trace de péritonite. —

Une vaste collection purulente occupe toute la fosse iliaque gauche et généralement toute l'excavation du bassin ; l'utérus est enveloppé de toutes parts par le pus. — Fusion purulente des muscles psoas et iliaque dans tout leur trajet. Le pus pénétrant au-delà de l'arcade crurale a fusé jusqu'à la partie moyenne antérieure et interne de la cuisse, où il a produit de vastes décollements. — La crête iliaque est dénudée dans toute l'étendue que baigne le pus ; là, elle est rugueuse et âpre au toucher. Le péritoine ne présente pas de traces d'inflammation notable. Ulcération et destruction de l'intestin grêle dans la partie que baigne le pus. Du reste, point de lésion grave dans tout le reste des intestins.

Les vaisseaux fémoraux ne sont point le siège de phlegmasie. On trouve seulement dans la veine fémorale un caillot peu consistant, une coloration rouge à la membrane interne de la veine, à sa paroi postérieure, coloration qui s'est probablement faite *post mortem*. L'aorte abdominale est normale.

Mais la veine-cave ascendante présente des désordres importants : Vue extérieurement, elle paraît dilatée, son calibre est assurément obstrué. En effet, en incisant la veine sur tout son trajet, depuis la réunion des iliaques primitives jusque près de son entrée dans l'oreillette droite du cœur, on voit que le calibre de cette veine est rempli par un caillot épais, noirâtre, dur, adhérent fortement dans certains endroits aux parois du vaisseau ; dans d'autres moins adhérent. Un caillot sanguin se voit aussi dans les veines qui naissent de la veine-cave (1). En même temps la membrane interne de la veine présente, surtout à la partie supérieure, un épaissement remarquable.

(1) Remarquons qu'à l'examen microscopique on n'a pas trouvé de pus dans le caillot. Quelques globules se voyaient à la partie antérieure de la veine correspondant à l'incision ; mais vraisemblablement ils provenaient de la collection purulente de la fosse iliaque, et se trouvaient dans la veine par suite de l'incision faite au vaisseau.

Le cœur n'offre rien d'anormal.

Des deux reins, l'un est décoloré, et l'autre très-fortement injecté. Les uretères sont sains.

Le foie ne présente aucun abcès, malgré des recherches minutieuses. Il a l'aspect signalé sous le nom de *foie gras*.

Rate volumineuse, de consistance normale.

Poumons.—A leur sommet, et dans quelques autres points de leur étendue, on sent, en parcourant avec le doigt la surface externe, plusieurs indurations. En incisant sur ces saillies, on pénètre dans de petits foyers purulents au centre, et injectés fortement en rouge à la périphérie. Dans d'autres endroits, ce n'est point encore du pus formé; ce sont de petits noyaux d'un gris blanchâtre, assez durs, avec la même congestion périphérique; du reste pas de tubercules.

La partie postérieure des poumons est congestionnée; les bronches contiennent un liquide spumeux.

35. *M. de Lacaze Duthiers* montre un exemple de rupture du cœur survenue chez une femme de 78 ans (Salpêtrière, service de *M. Prus*). — L'orifice extérieur autour duquel on voit une légère ecchymose est situé à la pointe du cœur gauche, près de la cloison; il permet à peine l'introduction d'un stylet: celui-ci pénètre dans le ventricule correspondant qui ne contient pas la plus petite quantité de sang. Dans le péricarde, au contraire, on trouve du liquide et des caillots dont l'ensemble pèse 200 grammes environ: les caillots sanguins sont représentés par un poids de 78 grammes. Le tissu du cœur ne paraît pas ramolli dans le voisinage de cette lésion. — Tous les organes sont fortement congestionnés.

M. Pigné insiste sur la quantité de graisse qui existe à la surface du cœur.

36. *M. Blondeau* met sous les yeux de la Société un calcul vésical qu'il a trouvé à l'hospice des Incurables (hommes) sur un malade que *M. Leroy d'Etiolles* avait essayé de lithotritier, et qui est mort lorsque ce dernier se disposait à lui pratiquer l'opération de la taille. — Ce calcul, qui remplissait d'ailleurs

toute la vessie, est conoïde : sa hauteur est de 0^m,035 environ et sa largeur à sa base de 0^m,025.

M. Caudmont fait observer que ce calcul ne doit pas être très-résistant; car il présente plusieurs fêlures qui font supposer que la lithotritie serait parvenue à le briser : néanmoins ce n'est pas là un de ces cas où l'on eût dû y recourir; son volume était une contr'indication suffisante. — La forme du calcul n'a rien qui doive étonner; en effet, la vessie étant fixe à son sommet et par son bas fond, elle ne se resserre que sur les parties latérales; il en résulte alors une forme conoïde. — M. Caudmont se rappelle avoir vu M. Civiale pratiquer la taille sur un enfant de 4 ans qui offrait un calcul distendant aussi toute la vessie : sa forme différait peu de celle d'une pomme de terre cylindrique avec un étranglement dans le milieu; lorsqu'on le saisit avec les tenettes il se brisa dans le milieu, et le chirurgien fut obligé de recharger de nouveau pour extraire l'autre moitié du calcul.

37. M. de Lacaze Duthiers montre :

1^o Un exemple de cancer du colon descendant observé dans le service de M. Prus (Salpêtrière) sur une femme de 70 ans environ. L'oblitération de la cavité intestinale avait amené une perforation des parois du colon dans un point dépourvu de péritoine, et par suite un épanchement de matières stercorales dans la fosse iliaque correspondante. — Il n'existait pas de traces de péritonite.

38. 2^o Une hydropisie de la trompe trouvée sur une femme de 78 ans, qui présentait en même-temps une tumeur fibreuse de l'utérus. Cette malade, qui a succombé à un ramollissement cérébral, n'offrait pendant la vie, rien qui pût faire supposer l'existence de cette hydropisie. — D'après M. Barth, la formation de cette dernière paraît être due à la présence de la tumeur fibreuse qui empêchait par sa position l'écoulement du liquide contenu de la trompe. — M. Gros fait remarquer que l'ovaire et le pavillon paraissent confondus et difficiles à reconnaître; il

signale encore l'existence d'une concrétion crétacée dans un cul de sac répandant à l'ovaire ou à la trompe.

39. 3^e Le rein d'une femme de 68 ou 70 ans qui avait une polydipsie depuis trois mois : cette femme buvait et rendait par les urines environ 6 litres de liquide par jour. Le rein ne présente qu'un peu d'atrophie ; on trouve encore quelques petits kystes à sa surface et à la coupe des points noirs peu étendus.

Ces deux dernières pièces ont été, comme la première, recueillies dans le service de M. Prus.

40. M. *le Tixerant*, présente un fungus de la vessie pris dans le service de M. Blandin (Hôtel-Dieu). Voici en quelques mots l'histoire de ce malade qui est âgé de 42 ans :

Depuis 8 mois environ, il éprouvait de la difficulté à uriner et avait rendu des caillots sanguins à la suite du passage de la sonde; quelquefois il était obligé de se livrer à des efforts considérables pour expulser l'urine ; il arrivait même que l'émission s'arrêtait tout à coup et ne paraissait qu'après un nouvel effort qui semblait déplacer un obstacle. A son entrée à l'hôpital, (dix jours avant sa mort), il avait de la diarrhée et un œdème général ; la peau de la face offrait aussi cette teinte propre au cancer. Le chirurgien, ayant pratiqué le cathétérisme, ne constata aucune lésion dans le canal de l'urèthre; mais, arrivée dans la vessie dont la cavité paraissait très petite, la sonde rencontra un corps dur qui l'empêchait d'exécuter des mouvements de rotation dans la cavité : elle ne livra passage qu'à une petite quantité d'urine sanguinolente. — *Diagnost.* Fungus probable de la vessie. — Injection d'eau froide dans la vessie qui ne se laisse point dilater par le liquide.

A l'autopsie, on trouva de la sérosité dans le péritoine, des ganglions encéphaloïdes près du détroit supérieur du bassin du côté droit : la substance corticale des reins était le siège d'une phlegmasie chronique; les uretères étaient dilatés; on remarque, à la face interne de la vessie, en arrière du trigone, une plaque saillante, molle, de 0^m,025 environ de long sur 0^m,015 de large,

et dans le voisinage de celle-ci plusieurs petites tumeurs pédiculées, mollasses, implantées sur la muqueuse sans dépasser la tunique musculuse : l'une d'entre elles avait un pédicule assez long pour lui permettre de venir se placer devant le col et s'opposer ainsi au passage de l'urine; une autre recouvrait l'orifice de l'uretère droit.

M. *Macquet* fait remarquer que ce fait de l'hypertrophie des reins confirme les expériences faites sur les chiens par M. *Pigné*; ce dernier en effet a pu dans trois expériences successives amener l'hypertrophie d'un rein en plaçant sur l'uretère un anneau de plomb qui s'opposait à l'écoulement de l'urine.

41. M. *Le Tixerant* présente, au nom de M. *Broca*, les racines du nerf sciatique envahi par une tumeur cancéreuse du col de l'utérus. La femme qui offrait cette lésion, avait été placée dans le service de M. *Chomel* pour une sciatique : Les douleurs n'étaient pas intermittentes, mais continues avec des exacerbations. Ces dernières étaient tellement violentes qu'elle s'était pendue dans le but d'y mettre un terme. — M. *le Tixerant* regrette de n'avoir pas d'autres renseignements. Après avoir rappelé un cas analogue, présenté par M. *Bleu*, M. *Macquet* ajoute que dans un fait semblable apporté l'année dernière par M. *Broca*, les douleurs offraient un type très-régulier, ce qui avait engagé M. *Louis* à administrer le sulfate de quinine. — Dans un autre cas observé par lui à la Salpêtrière (service de M. *Nonnat*), M. *Macquet* a pu constater l'intermittence des douleurs.

42. M. *le Tixerant* montre encore, au nom de M. *Broca*, un kyste du volume d'une noisette, situé à la surface convexe du foie de la même malade. Ce kyste contenait dans sa cavité un grand nombre de petits corps blancs semblables à des cristaux. M. *Bouchardat*, qui les a analysés, les dit formés par de la cholestérine.

Suivant M. *Pigné*, les cristaux de cholestérine peuvent offrir deux formes différentes; les uns carrés, et à bords tranchants ou en paillettes; les autres, au contraire coniques, et à angles

arrondis ; ce sont ces derniers que l'on observe ici : tandis qu'il a rencontré les premiers dans un abcès du ligament large qui fournit deux onces de cholestérine en paillettes.

43. *M. Godart* présente un exemple de môle hydatique, recueilli sur une femme de 28 ans. C'est une masse rougeâtre, d'aspect charnu, de forme irrégulièrement arrondie (0^m, 12 de diamètre), aplatie, convexe par une de ses faces qui est assez lisse, concave de l'autre qui offre une foule de petits corps vésiculaires blanchâtres, transparents, de la grosseur d'un pois environ, dont aucun n'est libre, mais qui sont tous unis entre eux ou adhérents à la masse rougeâtre au moyen de filaments très déliés. — La malade, qui a rendu cette masse, est assez délicate : elle a eu cinq enfants et n'a jamais fait de fausses couches ; ses règles n'avaient pas paru depuis 7 mois, aussi se croyait-elle enceinte, bien qu'elle eût eu il y a 4 mois une hémorrhagie interne assez abondante, et que depuis cette époque elle en eût eu plusieurs peu considérables. — Elle n'avait point non plus fait de chute, ni reçu de coups.

M. Barth fait remarquer que c'est bien à tort que l'on emploie le nom de môle hydatique, puisqu'aucune de ces vésicules ne présente les caractères des hydatides. Au lieu d'une cavité, l'on rencontre un parenchyme imbibé de sérosité ; l'enveloppe extérieure offre aussi une résistance beaucoup plus grande que celle des échinocoques. Il vaudrait beaucoup mieux employer le nom d'hydatiforme à la place de celui d'hydatique. Cette erreur, que *M. Barth* signale dans le langage anatomique, est à chaque instant commise par les observateurs, lorsqu'ils parlent de tumeurs semblables à celles-ci et siégeant dans le foie, les ovaires, les plexus choroïdes, etc.

MM. Depaul et Godart acceptent les reproches que *M. Barth* adresse au mot hydatique ; mais, suivant eux, la plupart des auteurs qui l'employent, ne prétendent pas avoir affaire à de véritables hydatides.



Tubercules en dedans et en dehors du péricarde. — Fausses membranes unissant les deux feuillets de cette poche fibreuse.

Par M. L. LEPELLETIER, interne des hôpitaux, (28 août 1846).

Un homme, âgé de 26 ans, ayant perdu ses parents de bonne heure, habite depuis 4 ans Paris, où il s'est imposé de grandes privations. Il y a une année seulement qu'il a été pris d'une toux opiniâtre. Malgré cela, il n'a pas un instant interrompu ses travaux. Au mois de mars 1846, il a éprouvé, au niveau de l'estomac une douleur violente qui s'irradiait vers les fausses côtes droites, un peu plus tard les membres inférieurs se sont infiltrés, et l'abdomen est devenu le siège d'un épanchement abondant. Ces nouveaux symptômes ont pris naissance à la Pitié sous les yeux de M. Serres, qui crut à une affection possible du foie qu'il traita par des vésicatoires, par des sangsues et par des ventouses. — Quatre mois s'écoulèrent; le mal s'aggravant de jour en jour, M. Serres pensa qu'on l'améliorerait peut-être par l'emploi des bains sulfureux et des préparations d'iode. Le malade fut admis à l'hôpital Saint-Louis.

Lors de son entrée dans les salles de M. Lugol, le corps entier porte une teinte cachectique très prononcée; le facies, nullement gonflé du reste, est profondément altéré; les lèvres sont décolorées, le tronc et les membres supérieurs ne présentent pas d'amaigrissement notable, les jambes sont considérablement infiltrées. Il existe à la région sous-maxillaire gauche seulement des ganglions engorgés.

La peau est très sèche pendant le jour; la nuit elle se couvre de sueurs abondantes. Il y a de la dyspnée qui, quoique forte, est assez grande pour que le malade soit

obligé de se tenir assis sur le lit; parfois survient une anxiété extrême. Le sommeil est excessivement léger; la plupart du temps, il y a de l'insomnie.

La respiration est accélérée; le poumon droit est sain, le gauche fonctionne mal; la percussion et l'auscultation font reconnaître à son sommet, des productions tuberculeuses. Les crachats sont caractéristiques de cet état. Le malade a eu des hémoptysies avant son arrivée à Saint-Louis.

Il y a continuellement une vive réaction fébrile; le pouls est fréquent, dur, mais régulier.

Le malade n'accuse aucune douleur du côté du cœur; seulement quand on percute la région correspondante, on lui en occasionne d'assez grandes pour que l'on soit obligé de cesser ce moyen d'exploration. Les battements cardiaques sont sourds, profonds, plus fréquents qu'à l'état normal, mais réguliers. L'auscultation ne fait reconnaître aucun bruit anormal. On n'observe pas de voussure dans le côté gauche de la poitrine. La matité y est assez étendue, la main n'y perçoit aucun frémissement particulier.

Anorexie, soif vive, vomissements assez copieux par fois, selles liquides, urines peu copieuses, un peu chargées, mais ne présentant point de traces de dépôt albumineux.

Le foie ne présente pas de volume anormal. Le malade se plaint toujours des douleurs qu'il éprouvait à la Pitié. Existait-il une maladie du foie? Quelle était-elle?— L'hydropisie augmentait sans cesse.

On prescrivit d'abord des diurétiques en frictions et en boissons; plus tard, on eut recours à des bains de vapeur qu'on fut obligé d'abandonner; on fit conserver la position horizontale et l'élévation des membres inférieurs. Sous cette influence l'œdème diminua. On administra des opiacés pour vaincre l'insomnie qui durait; quatre ponctions devinrent successivement nécessaires dans le courant du

mois d'août; il s'écoula une sérosité qui fut de plus en plus sanguinolente.

L'amaigrissement continua, l'appétit se perdit; la suffocation devint imminente, le pouls était très faible, très petit très fréquent, et la mort arriva le 25 août; elle avait surpris le malade dans un état d'épuisement complet.

Autopsie faite 24 heures après la mort. Les ganglions de la région cervicale gauche sont transformés en masses tuberculeuses.

On ne trouve point de tubercules dans les plèvres; tout est sain dans le côté droit; à gauche au contraire existent quelques adhérences, des fausses membranes et de la sérosité.

La partie supérieure du poumon correspondant est le siège de nombreux tubercules. Les ganglions bronchiques ne renferment plus que de ces produits unis entre eux.

La cavité du péricarde n'existe plus. Lorsqu'on cherche à y pénétrer, on découvre un tissu lardacé, jaunâtre et très épais qui unit les deux feuillets du péricarde. Cette masse ressemble aux produits morbides que l'on rencontre si souvent à la suite des inflammations du péricarde. — On croit d'abord n'avoir affaire qu'à de simples fausses membranes; mais on découvre, par une dissection attentive, quelques granulations tuberculeuses dispersées çà et là. Ces granulations, en effet, renferment cette matière jaunâtre grenue, caractéristique du tubercule; les fausses membranes, qui les entourent, au contraire, forment de petites masses fibrineuses qui ne contiennent rien de semblable dans leur intérieur.

Il y avait aussi des tubercules entre le tissu musculaire du cœur et le feuillet contigu du péricarde. Ainsi on en trouvait en avant en arrière de cet organe et à sa pointe; il n'y avait pas la moindre trace des fausses membranes que nous avons trouvées dans le péricarde. A la partie postérieure de l'oreillette droite, on rencontrait plu-

sieurs tubercules agglomérés ayant la dimension d'un gros haricot. Le cœur est hypertrophié ; mais il n'y a point de tubercules sous son tissu.

La cavité abdominale renferme en abondance un liquide présentant une couleur rougeâtre, dans lequel nagent ça et là de fausses membranes.

Le péritoine est poisseux, d'une couleur fortement grisâtre, recouvert de fausses membranes qui dans certains endroits établissent une adhérence assez intime entre les organes abdominaux. En dehors du feuillet pariétal on remarque dans certains endroits des plaques noires assez larges qui semblent être produites par de petites hémorrhagies partielles. Rien de semblable ne se remarque en dehors du feuillet viscéral. Les intestins sont fortement ratatinés et repoussés dans la partie supérieure de la cavité abdominale. L'épiploon n'existe plus, pour ainsi dire ; il est remplacé par une masse compacte, de couleur grisâtre, et ratatinée sur elle-même ; du reste, la cavité abdominale n'est le siège d'aucun tubercule. Il n'y en a pas non plus sur la surface externe des intestins. Les ganglions mésentériques représentent de grosses tumeurs unies ensemble par de fausses membranes et remplies de matière tuberculeuse qui offre différents degrés de consistance. Il en est de même des autres ganglions situés dans la cavité abdominale.

Les autres viscères abdominaux sont sains. La rate et le foie sont pourtant hypertrophiés.

Extrait du rapport de M. BONNET sur l'observation précédente.

(6 novembre 1846)

Considérée dans son ensemble, cette observation nous fournit une nouvelle preuve de la tendance générale à la production du tubercule, si remarquable chez les sujets

scrofuleux. Ici, c'est à la fois dans les ganglions cervicaux, dans le tissu pulmonaire, et dans un tissu de formation accidentelle, que se sont manifestés les effets de cette disposition particulière.

Sous le rapport symptomatologique, cette observation doit être rapprochée de celles où l'on a rencontré simplement une adhérence complète du péricarde. Il est au moins très probable, sinon certain, que la présence de tubercules dans les fausses membranes n'a pu influencer en rien sur les désordres que cette lésion a déterminés dans les organes circulatoires. Ces désordres n'ont eu, dans le cas présent, rien de bien caractéristique. Le premier qui a donné l'éveil a été une douleur partant de l'épigastre, et s'irradiant à droite vers la base de la poitrine; puis, on s'est aperçu que la percussion du cœur donnait lieu à une douleur violente. Ces signes n'ont pas suffi pour faire éviter, dans les deux services où le malade a été successivement traité, une erreur de diagnostic qui rapportait au foie le point de départ des troubles fonctionnels. On s'en étonnera d'autant moins qu'il était survenu une infiltration séreuse des membres inférieurs, puis un épanchement de même nature dans la cavité abdominale: pourtant, l'ordre de succession de ces deux phénomènes aurait dû, ce me semble, jeter quelque lumière sur le siège précis de l'altération organique, cause des hydropisies. Quoi qu'il en soit, nous croyons devoir imiter dans cette partie de notre critique la réserve que s'imposent les maîtres de la science eux-mêmes sur un sujet où règnent encore tant de doutes et d'incertitudes. Queréault-il, en effet, de la comparaison des diverses observations recueillies par *Morgagni* dans sa 23^e lettre? Que ce judicieux auteur n'ose conclure que les palpitations et une forme particulière du pouls sont ou ne sont pas des symptômes nécessaires de l'adhérence générale du péricarde. La même hésitation se retrouve chez *Corvisart*, et même chez *Laënnec*. Tandis que le premier ne croit pas que l'on

puisse vivre sain avec une adhérence générale du péricarde, le second affirme d'après ses observations, auxquelles il serait facile d'en ajouter un certain nombre, que cette lésion a pu exister longtemps chez certains sujets sans produire de troubles fonctionnels. En présence d'aussi illustres dissentiments, nous serions bien mal venus à rechercher dans l'observation qui nous occupe, un signe pathognomonique de cette altération du cœur. Qu'on nous permette, cependant, d'emprunter à l'un de ces auteurs, une citation qui peut être le point de départ d'un diagnostic plus certain et plus facile. C'est Laënnec qui parle : « Il m'a paru, dit-il (de la Péricardite, p. 382, éd. Andral, 1837) « que la contraction des oreillettes devenait beaucoup plus « obscure quand elles sont adhérentes au feuillet fibreux « du péricarde. » Or, pour Laënnec, la contraction auriculaire correspond au second bruit, à la diastole du cœur. Dans l'observation de M. Lepelletier, la diminution d'intensité portait sur les deux bruits du cœur. Mais la diminution isolée du second bruit était fort remarquable sur une femme malade dans le service de M. *Magendie*, en 1843, chez laquelle ce signe fut remarqué séparément par M. le docteur Aran et par moi. Dans ce cas, l'adhérence du péricarde avait été établie comme probable à l'aide d'un diagnostic par élimination, lequel fut confirmé par l'autopsie. Peu t-être ce signe ne nous aurait pas paru si nouveau et si extraordinaire si nous nous étions mieux rappelé notre Laënnec. Notre inadvertance ne peut pourtant rien ôter à l'intérêt de ce fait qui se trouve consigné dans un travail de M. Aran sur ce sujet, inséré dans les *Archives de Médecine*. J'ajouterai que le malade de M. Lepelletier n'avait pas de palpitations, et que le pouls était faible et accéléré.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette observation a un grand intérêt de rareté. En effet, au petit nombre de cas rapportés par Laënnec et Corvisart, c'est tout au plus si on peut en ajouter deux ; l'un, perdu pour

ainsi dire dans la 49^e lettre de Morgagni, où il est question des lésions observées après les fièvres : l'autre emprunté à l'ouvrage du docteur *Hope* (*On the diseases of the heart* ; p. 608.) Ces deux observations ont été recueillies sur de jeunes enfants, dont l'un, le petit genevois du docteur *Hope*, était aussi affecté de tubercules dans les poumons et dans des fausses membranes pleurétiques.

Je ne puis suivre l'auteur, Messieurs, dans les explications qu'il propose du développement de ces tubercules au milieu des fausses membranes. Je ne crois pas, comme lui, que le tissu cellulo-fibreux accidentel ait pu prendre naissance secondairement, sous l'influence de la présence de tubercules. L'anatomie et la physiologie pathologiques nous démontrent, au contraire, que le développement du tissu cellulaire accidentel précède généralement celui de tout autre produit morbide qu'il peut renfermer par la suite, si même on ne peut pas dire que c'est dans l'élément cellulaire qu'il faut chercher le point de départ de tous les tissus accidentels.

Rétrécissement de la partie inférieure du pharynx.

Par M. DUPUY, interne des hôpitaux. (13 novembre 1846).

Guichard (Nicolas), âgé de 58 ans, cultivateur, est entré le 16 août 1846 dans les salles de M. Gerdy, (hôpital de la Charité).

Le malade a joui pendant sa jeunesse d'une santé assez bonne; à son entrée à l'hôpital il est maigre, affaibli; il dit avoir eu il y a environ quinze ans deux abcès considérables, situés l'un au genou gauche, l'autre à la partie latérale gauche du col; un traitement assez long fit disparaître cette affection. Il y a dix-huit mois, trois chevaux

qu'il s'efforçait de retenir lui passèrent sur le corps, après l'avoir renversé; il reçut quelques coups de pied sur le côté gauche de la poitrine; il ne sait pas nous dire s'il eut quelques côtes fracturées; toutefois, il se souvient avoir été saigné; on lui fit porter pendant plusieurs jours un bandage de corps; dans la convalescence, la première fois qu'il voulut prendre quelques aliments solides, il remarqua qu'ils n'arrivaient dans l'estomac que très difficilement. A dater de cette époque, pendant six mois il n'a presque plus mangé de pain; toutes les fois qu'il essayait d'en avaler, il n'en passait qu'une très petite quantité; l'autre s'arrêtait à la partie inférieure du pharynx et il ne parvenait à la rejeter au dehors qu'en faisant de violents efforts; les potages arrivaient assez facilement dans l'estomac; l'appétit était bon. Plus tard la difficulté de la déglutition a augmenté, le malade a été réduit à ne prendre que du vermicelle; le pain même, un potage ne pouvait plus franchir le rétrécissement; enfin quelques mois avant son entrée à l'hôpital, le lait et le bouillon étaient les seules substances qu'il pût prendre. M. Gerdy ayant fait un voyage en Champagne eut occasion de voir ce malade, qui désirait se confier à ses soins; Guichard vint donc à Paris et entra le 16 août à l'hôpital de la Charité.

16 août, à la visite du matin on constate l'existence d'un rétrécissement à la partie inférieure du pharynx; à l'extérieur on remarque un kyste de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, siégeant à la partie supérieure et droite du col; son apparition remonte à plusieurs mois; du reste, le malade n'y éprouve aucune douleur; au toucher, on sent de la dureté de l'empâtement dans la région du larynx. — Le malade affirme n'avoir jamais eu de syphilis; jamais aucun liquide corrosif n'a été introduit dans l'estomac. — (Catalpases émollients sur le larynx; iodure de potassium 0,50 à l'intérieur. — Frictions sur la partie antérieure du col avec la pommade iodurée).

25 *idem*. Même état. M. Gerdy cherche à introduire dans l'œsophage des bougies de différentes grosseurs ; mais les tentatives sont infructueuses.

26 *idem*. Deux autres tentatives faites, mais toujours avec le même insuccès. L'iodure de potassium n'a produit aucune amélioration. On suspend les cataplasmes, ainsi que les frictions.

4 septembre. M. Gerdy parvient à faire pénétrer dans l'œsophage une sonde d'argent très fine ; alors se servant de cette sonde comme conducteur ou mandrin, il fait glisser dans l'œsophage une sonde en gomme élastique qu'on laisse à demeure, celle en argent devenant alors inutile, on la retire ; dès lors on peut nourrir le malade quatre fois par jour ; des potages sont injectés dans l'estomac.

10 *idem*. On remplace la première sonde par une nouvelle plus volumineuse, dans le but de dilater le rétrécissement.

15 *idem*. On retire la sonde, et avant de la réintroduire afin de s'assurer si l'on a obtenu un peu de dilatation, on présente au malade deux fortes assiettes de soupe ; on lui donne également du vin ; il avale le tout avec un peu de difficulté, il est vrai ; mais bien plus facilement qu'avant l'introduction des sondes.

22 *idem*. La sonde est encore à demeure ; le malade se plaint d'un peu de gêne causée par sa présence.

23 *idem*. A la visite du matin le malade a de la fièvre ; la peau est chaude ; dans la nuit il a retiré lui-même la sonde qu'il ne pouvait plus supporter.

24, 25, 26 *idem*. Le malade se plaint de douleurs siégeant dans tout le col ; elles s'étendent en arrière jusqu'aux épaules ; il ne trouve plus, dit-il, de saveur aux aliments ; il croit que le sens du goût est perdu, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre.

Une goutte de teinture d'aloès mise sur la langue

lui démontre manifestement qu'il est dans l'erreur.

27 *idem*. La fièvre continue, le malade ne prend qu'une très petite quantité de bouillon et de lait.

28 *idem*. Même état; il demande à partir; mais, il est si faible que l'on croit devoir lui faire connaître les dangers qu'il court, s'il prend cette détermination; il consent à rester.

29 *idem*. Fièvre intense; pouls 90-91; douleur vague, diffuse du côté droit de la poitrine; la toux est si peu marquée que le malade y fait peu attention; la *percussion* donne de la matité dans une grande étendue du poumon droit principalement à sa partie postérieure; l'*auscultation* fait entendre du râle crépitant; mais il semble que les bulles sont plus grosses, plus humides que dans le crépitant proprement dit. — L'*expectoration* est abondante; les crachats sont un peu rouillés. — (Saignée 3 palettes; diète.)

30 *idem*. Pas d'amélioration. L'*auscultation* fait entendre du souffle tubaire, ainsi que de l'égophonie; il y a un peu de frottement pleurétique à la partie externe du poumon. Quelques crachats offrent la couleur jus de pruneaux. — (20 sangsues à la partie externe du thorax.)

Du 1^{er} au 15 octobre, après une série d'alternatives dans l'intensité des accidents, la position du malade s'était notablement aggravée; l'insomnie, le dévoiement, la fièvre, un affaissement général étaient survenus, et le malade succombe le 16.

A l'*autopsie*, on a trouvé plusieurs petits abcès siégeant sur les parties latérales de l'œsophage dans la région du col; le plus considérable était situé à droite, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, derrière le tronc brachio-céphalique et les autres vaisseaux qui se trouvent dans cette région. Ces différents abcès n'avaient pas de communication avec l'œsophage, qui ne présentait aucune trace d'inflammation; leur existence était sans doute due à une inflammation de voisinage.

Dans le poumon droit on a trouvé une quantité considérable d'abcès; les plus volumineux ne dépassaient pas la grosseur d'une noisette. Quant au poumon gauche, je n'ai pu l'examiner; mais M. Desprez, qui l'a pris, m'a assuré qu'il était parfaitement sain.

Le kyste dont j'ai déjà parlé était situé sur la partie latérale droite du cartilage thyroïde; il contenait une matière de nature tuberculeuse.

Après avoir fait une section longitudinale sur la face postérieure du pharynx et de l'œsophage, on voit que le rétrécissement siégeait à la partie inférieure du cartilage cricoïde. Il est tel qu'une sonde ordinaire le franchit difficilement. On remarque sur la face postérieure du cartilage cricoïde une substance fibreuse qui, prenant naissance au niveau du rétrécissement, s'étend en haut jusqu'au bord supérieur du cartilage cricoïde. Cette partie fibreuse simule en quelque sorte une valvule; car elle est libre par son bord supérieur. Elle est plus épaisse à son côté droit, de sorte que le rétrécissement était plus prononcé à gauche qu'à droite, ce qui explique pourquoi les sondes pénétraient dans l'œsophage en passant dans la gouttière droite du pharynx.

Épanchements sanguins multiples avec concrétions calcaires dans le cerveau et dans le cervelet, chez un sujet mort à la suite de nombreuses attaques d'épilepsie.

Par M. BLAIN DES CORMIERS, élève des hôpitaux,
(15 janvier 1847.)

Le 8 janvier 1847, est entrée à la Charité (salle Saint-Vincent, n° 31), une femme âgée de 42 ans, forte, bien constituée, chez laquelle nous pouvons constater l'état suivant, une heure environ après son admission.

4 heures du soir. — CÔMA profond. — La malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, et ne paraît pas les avoir entendues. — Les traits ne sont passensiblement altérés : la bouche est droite. — De temps à autre, grincements de dents. — Les yeux sont tantôt fermés, tantôt demi-ouverts ; les globes oculaires errent automatiquement dans leurs orbites. Les pupilles, d'abord dilatées, sont ensuite sensiblement rétrécies : aux approches d'une lumière, elles s'élargissent un peu : si on laisse cette lumière assez longtemps devant les yeux, elles se contractent et se dilatent plusieurs fois alternativement. — 20 respirations par minute. — 84 pulsations.

Le ventre est ballonné et un peu météorisé.

Au moment de l'entrée de la malade, les règles coulent assez abondamment. Si l'on touche ou remue le bras droit, celui-ci exécute des mouvements automatiques, tandis que, touché et remué, le bras gauche reste immobile. On le soulève, il retombe et ne peut se soutenir. Toutefois, ces symptômes de paralysie ne sont ni très-prononcés ni permanents. Car, si on pince le bras droit assez fortement, on voit le gauche se remuer et se porter au secours du droit.

Pas de tremblement ni de contracture au moment où nous observons la malade. Cependant il paraît que, dans les premiers instants de son entrée, le bras gauche, notablement fléchi, tendait toujours à reprendre l'attitude de la flexion, si on venait à le redresser et à l'étendre.

9 *idem*, 9 heures du matin. La bouche est un peu déviée ; (ce qui n'existait pas hier soir.) — Point de tremblement des lèvres. — Point de bégaiement. Stupeur manifeste de l'intelligence. La malade se croit chez elle. Aucune anxiété, aucune expression de souffrance. Elle lève et meut le bras gauche, quoique les mouvements y soient moins libres que dans le droit. — Saignée de 3 palettes.

Idem. 4 heures du soir. Le sang n'offre pas de couenne.

— Dans la journée, il y a eu de nombreuses attaques d'épilepsie, occasionnées par le moindre mouvement imprimé à la malade. En même temps, perte de la parole. — CÔMA profond.

Ventre moins ballonné, pas de gargouillement.

Pouls très-petit, à 90.

10 *idem*. 9 heures du matin. Face très-colorée. — Sueur abondante. Les paupières clignent rarement et ne se ferment jamais complètement. Résolution générale des membres. Le bras gauche soulevé retombe plus lourdement que le droit. — Ventre de nouveau très-ballonné. — 112 pulsations. — 32 respirations par minute.

Une saignée de 3 palettes est faite au bras gauche. — Vers la fin de la saignée, une attaque violente se manifeste. La bouche se tourne à gauche; les yeux à gauche et en haut. Convulsions, raideur de tout le corps. Le bras gauche en particulier se fléchit violemment. — Râles très-forts, occasionnés par l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. — Cette attaque ne dure que quelques minutes : une écume abondante s'est montrée dans la bouche et sur les lèvres.

Idem. 4 heures du soir. La saignée présente une couenne très-mince. — CÔMA profond. — Les attaques ont été un peu moins fréquentes dans la journée. 140 pulsations. — 32 respirations par minute.

11 *idem*. 9 heures du matin. Même cÔMA. — Pas de râle trachéal. Respiration haute et pénible; bouche entrouverte, nez effilé : clignement rare et toujours incomplet des paupières. Sueur froide et visqueuse, surtout à la face. — 140 pulsations. — 36 respirations.

Remarquons que depuis son entrée la malade urine involontairement, et que la miction est peu abondante.

12 *idem*. La malade est morte à 6 heures du matin, subitement. Dans la nuit, elle avait eu quatre ou cinq attaques.

Ayant dû chercher auprès de la famille de la malade les renseignements qu'elle ne pouvait me donner, nous avons

appris qu'elle avait eu il y a cinq ans des attaques d'épilepsie très-multipliées; et qu'après une de ces attaques entre autres, elle était restée dix jours dans un état comateux bien prononcé. Depuis lors, elle avait de temps en temps quelques attaques moins fortes.—Jamais d'attaques de paralysie. — Le jour de son entrée, on l'avait trouvée tombée dans la rue, sans connaissance.

Autopsie le 13 janvier, 27 heures après la mort, par un temps sec et froid. (— 2°)

Le cadavre n'offre aucun signe de putréfaction : la bouche est un peu déviée à gauche.

Les téguments du crâne ne sont pas injectés : les os de la voûte du crâne ont une épaisseur normale.

Pas d'adhérence de la dure-mère aux os. Cette membrane n'est pas tendue; elle est flasque et affaissée, surtout en avant. On ne trouve pas de liquide dans la cavité de l'arachnoïde. — Suffusion sanguine de la pie-mère, surtout sur la partie moyenne du diamètre antéro-postérieur. Les membranes, de consistance normale du reste, s'enlèvent aisément.

A l'incision du quart antérieur avec les trois quarts postérieurs de la surface de l'hémisphère droit, à deux centimètres environ du bord interne du même hémisphère, on voit une circonvolution d'un gris brunâtre et un peu violacée. A peine en a-t-on enlevé la superficie, que l'on trouve du sang épanché, de couleur rouge-noirâtre, de consistance gélatiniforme. Autour de la partie supérieure de ce foyer sanguin, la substance cérébrale n'est ni très-indurée, ni ramollie.

Après avoir enlevé la couche supérieure du caillot hémorragique, on trouve une petite concrétion pierreuse, du volume d'un très-gros pépin de raisin. — En avant et en dedans de ce premier foyer, on en voit un deuxième qui, plus profondément, communique avec le premier. — Plus profondément encore, on trouve toujours du sang

épanché ; mais l'épanchement présente ici une consistance fibreuse. — Ces foyers forment une masse qui s'étend depuis la circonvolution signalée plus haut, jusque dans le ventricule latéral droit, dans lequel le sang a aussi pénétré.

En dehors du bord externe droit de la voûte à trois piliers, le sang épanché est plus liquide et d'une coloration brune.

La couche optique du côté droit est tout infiltrée de sang ; sa consistance est presque fibreuse.

Si nous passons à l'hémisphère gauche, sur la surface d'une circonvolution, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen, et à deux centimètres environ en dehors de la ligne médiane, nous trouvons une petite tache rouge-grisâtre. Au-dessous d'elle, dans la substance même de la circonvolution, on voit un petit caillot, gros comme une groseille.

Dans la substance blanche, au-dessous des circonvolutions, deux petits épanchements à peu près de même volume que le précédent.

Le septum lucidum est coloré en jaune sur sa face gauche.

En arrière de la couche optique, est un petit foyer. A l'extrémité postérieure de l'hémisphère gauche, vaste épanchement sanguin, plus volumineux qu'une grosse prune. Le sang se trouve épanché entre les mailles d'un tissu fibro-aréolaire, avec des points durs et pierreux, criant sous le scalpel.

A la face inférieure de l'hémisphère gauche, dans la circonvolution qui touche le bord externe de la protubérance annulaire, est un foyer sanguin, avec induration fibreuse, gros comme une noisette.

Dans le cervelet, on voit plusieurs épanchements. Le centre même du lobe droit en est criblé. Le lobe médian est envahi presque en entier par un vaste épanchement, semblable à ceux du cerveau, et renfermant comme eux des concrétions pierreuses. Il s'étend à droite, et envahit le

lobe latéral droit du cervelet, à une très-petite profondeur, il est vrai.

Le bulbe rachidien est parfaitement sain.

Le reste de la substance cérébrale est sans congestion, sans ramollissement notable.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Le cœur est sain. Quelques caillots remplissent en partie ses cavités.

Les poumons se sont affaissés sur eux-mêmes, à l'ouverture de la poitrine. Ils sont sains, et présentent seulement à la partie postérieure des congestions hypostatiques. Les bronches contiennent un mucus écumeux.

Le foie est un peu pâle et grasseyé : la vésicule, distendue par la bile.

Rate très-petite et pâle.

Reins également pâles et décolorés.

La vessie contient très-peu d'urine.

Un kyste, de la grosseur d'une noix, plein d'une sérosité limpide, (dans laquelle l'analyse a fait reconnaître 87 parties d'albumine sur 1000), se trouve appendu à l'ovaire droit.

La surface interne de l'utérus est rouge, parsemée de points de même couleur. Sa cavité contient un caillot sanguin.

— Une question assez intéressante se présente ici : quelle est la nature des épanchements multiples que nous venons de signaler?

Sans avoir la prétention de résoudre la question, nous allons soumettre quelques courtes considérations sur ce sujet.

D'abord, il est plus que probable que nous n'avons pas affaire ici à de simples infiltrations de sang dans la substance cérébrale. Car, comment expliquer dans ce cas l'existence de ce tissu fibro-aréolaire, résistant, criblé de petites con-

crétions pierreuses, qui font effervescence avec l'acide chlorhydrique, et dont la base est la chaux ?

Remarquons aussi qu'à part la coloration jaune de la face gauche du septum lucidum, et la coloration de la voûte à trois piliers, la couleur des foyers hémorrhagiques est d'un rouge tirant un peu sur le noir, couleur qui n'est ordinairement pas celle d'un épanchement ancien ayant déterminé une induration.

La même remarque s'applique aux épanchements du cervelet, dont la composition est semblable.

La trame, d'apparence fibreuse, de l'un de ces foyers a été étudiée au microscope. En examinant avec un grossissement de 530, puis de 730 diamètres une tranche mince non lavée d'abord, puis soumise au lavage, nous constatons l'existence d'un tissu mal organisé, amorphe, granulé dans certains endroits; ailleurs, présentant des fibres bien formées, égales, fines sans renflement moniliforme ou fasciculé. — Est-ce là de la fibrine coagulée, ayant commencé à s'organiser? On peut le supposer.

Cette hypothèse est d'autant plus admissible, qu'il faut exclure tout d'abord l'idée d'altération cancéreuse du cerveau, avec infiltration sanguine accidentelle. Car alors, outre que l'on trouverait au microscope des cellules d'un aspect tout différent et bien connu, les congestions seraient petites, tout à fait locales et disséminées; tandis qu'ici l'épanchement est identique et semblable à lui-même dans tous les foyers.

Hernie diaphragmatique congéniale par suite d'arrêt de développement de la moitié gauche du diaphragme.

Par EMILE DUBOIS, interne à la Maternité. (Février 1847.)

Un enfant, du sexe masculin, est né à terme le 6 février 1847, à la Maternité, avec toutes les apparences d'une bonne constitution. — Cependant il ne fit qu'une ou deux inspirations, poussa quelques cris et expira.

On avait constaté que le cœur battait à droite. — Nous avons pensé d'abord qu'il y avait peut-être transposition de viscères. Mais cet état n'est pas incompatible avec la vie, et ne rendait d'ailleurs pas compte d'une mort aussi rapide.

L'autopsie eut lieu 24 heures environ après la naissance de l'enfant.

La poitrine était sonore partout, un peu plus pourtant du côté gauche, à la partie inférieure, ce qui dut nous éloigner encore de l'idée qu'il y avait transposition des viscères. — Le thorax ne présentait pas la difformité que M. Boulland a signalée dans un autre cas de hernie diaphragmatique, et dont il a donné une explication aussi juste qu'ingénieuse. (*Bul. Soc. Anat.* 1846, 333):

Ayant incisé la paroi abdominale en commençant par la partie inférieure, je m'aperçus bientôt que le foie se prolongeait sous les côtes gauches, et qu'il était accompagné dans cette direction par une grande partie des viscères abdominaux. Mais ce fut seulement après avoir ouvert le côté gauche du thorax que je pus constater la position des différents viscères et l'état du diaphragme.

Ce muscle ne présente rien d'anormal du côté droit. — Le centre phrénique existe en entier. — Mais au niveau de la face latérale gauche du rachis, le diaphragme, au lieu de se continuer pour fermer la poitrine, cesse brusquement

et se convertit en bord à forme de croissant, dont la partie moyenne est épaisse et arrondie, tandis que les extrémités sont très minces et très allongées. — L'une de ces extrémités, la supérieure, traverse la base du sternum et vient se terminer par des fibres aponévrotiques sur les cartilages des premières fausses côtes gauches. — L'extrémité inférieure, large à sa base, se termine tout-à-coup par une petite languette charnue sur l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire. — Cette languette m'a paru être le vestige du pilier gauche du diaphragme. — Au dessus d'elle et à sa droite, on trouve trois ouvertures distinctes, dont l'une livre passage à l'œsophage, l'autre à l'aorte, et la troisième au nerf tri-splanchnique gauche.

Cavité gauche du thorax. — Il m'a été impossible de savoir comment la plèvre et le péritoine se comportaient à l'égard l'un de l'autre. — La séreuse abdominale doublait-elle celle de la poitrine? — Ou bien, en raison de l'absence complète de la portion diaphragmatique, qui devait les séparer, se continuaient-elles directement? — Je me contenterai de dire que j'ai cherché dans plusieurs points à séparer la plèvre pariétale en deux membranes, et que je n'ai pu y parvenir.

Le sommet de la cavité pectorale gauche est vide, excepté en dedans, où l'on aperçoit, au devant des deux premières vertèbres dorsales, une tumeur formée par le thymus recouvert par le médiastin. — Au dessous du thymus on rencontre la crosse de l'aorte qui surmonte tout le poumon gauche. — Cet organe est très petit, de couleur jaunâtre et non crépitant.

Au dessous du poumon, extrémité du lobe gauche du foie, puis tout le lobe gauche. Pour occuper cette position le foie a été obligé de subir une espèce de rotation autour du bord gauche du diaphragme; et il présente sur sa face convexe, pour recevoir ce bord, une gouttière profonde, qui est située au-dessus et à gauche de la veine ombilicale. — La

face concave du foie qui regarde directement à gauche recouvre l'estomac.

Comme le foie, l'estomac s'est contourné autour du diaphragme. La grosse tubérosité regarde à droite, la grande courbure en haut et la petite courbure en bas, et un peu à droite. A la grande courbure se trouve accolée la rate, qui est très petite.

Immédiatement au dessous de l'estomac, se présente le cœcum. — Les colons ascendant et transverse, viennent ensuite. — Ils remontent dans la poitrine derrière l'estomac, auquel ils sont unis au moyen d'un mésentère commun. — Le cœcum était également pourvu d'un mésentère, mais distinct du précédent.

Arrivé au-dessus de l'estomac, l'arc du colon se recourbait pour se continuer avec le colon lombaire. — Celui-ci, au lieu de descendre verticalement, formait une anse dans la fosse iliaque gauche de manière à faire croire au premier abord que l'iliaque n'avait pas changé de position. — Mais cette dernière partie de l'intestin formait une autre anse dans la fosse iliaque droite, et se continuait avec le rectum, qui se reposait sur la symphyse sacro-iliaque droite.

Les autres organes de l'abdomen n'ont rien offert qui mérite d'être signalé. — Les reins occupaient leur place ordinaire. Les testicules n'étaient pas encore engagés dans les canaux inguinaux.

Côté droit du thorax. — Le poumon droit est presque entièrement caché par le thymus et le cœur. — Il est très congestionné, d'une couleur violacée, d'un volume au moins triple de celui du poumon gauche.

Le cœur avait un volume ordinaire; toutes les cavités de cet organe étaient pleines de caillots noirs et mous.

Extrait du rapport de M. RICHARD sur l'observation précédente.

La rate a suivi l'estomac dans la cavité thoracique; mais elle n'est pas accolée à ce viscère ainsi que l'indique M. Du-bois. Ces deux organes sont seulement situés l'un à côté de l'autre, presque juxta-posés; mais ils sont séparés néanmoins par un épiploon gastro-splénique, d'une longueur de trois centimètres environ.

Comme complément au travail de l'auteur, nous devons ajouter que les fibres du diaphragme existent dans cette cloison. Elles ont été seulement écartées, et se trouvent tassées sur les bords de l'ouverture à travers laquelle les viscères de l'abdomen ont pénétré dans la poitrine.

Quant au mécanisme au moyen duquel s'est opéré ce passage, il se trouve parfaitement conforme à celui de certains cas semblables, sur lesquels j'ai déjà eu l'honneur de vous soumettre quelques considérations dans mon rapport sur la présentation de mon ami et collègue M. Boulland (1).

Moignon du bras droit d'un homme amputé à l'âge de 12 ans, et mort à 67 ans. — Hypertrophie du cœur.

Par M. BLONDEAU, interne des hôpitaux. (26 février 1847.)

Un vieillard de 67 ans, d'une taille athlétique et d'une constitution robuste, fut conduit à l'infirmerie de l'hospice

(1) Dans ce rapport (*Bull. de la Soc. Anat.* 1846, p. 349, lig. 3 et suiv.), existe une erreur qui doit être rectifiée ainsi qu'il suit; à partir de : « les choses en étant là, » lisez : si une nouvel'e hernie vient à se former à côté de l'ancienne cavité, l'on aura une de ces hernies à sacs multiples, sur lesquelles

pneumonie qu'il avait négligée pendant 8 jours. — Il y mourut au bout de 12 heures, ce qui ne me permit pas de recueillir directement les renseignements que je désirais. J'ai seulement appris, par un de ses camarades, qu'il avait subi, à l'âge de 12 ans, pour une cause inconnue une amputation du bras droit.

A l'autopsie, je constatai d'abord la lésion ordinaire de la pleuropneumonie. Mais mon attention se porta principalement sur le moignon, et voici ce que j'y trouvai :

L'amputation du bras avait été pratiquée si haut qu'au premier abord je crus à une désarticulation de l'épaule. Le moignon était appliqué contre le thorax de telle sorte que le creux de l'aisselle avait complètement disparu. Mais en palpant les parties, il devint facile de sentir l'os amputé au milieu des parties molles. La saillie ordinaire du moignon de l'épaule n'existait pas; ce qui résultait, comme je le dirai tout-à-l'heure, de l'atrophie de la tête humérale. L'atrophie des muscles concourait encore à augmenter la déformation.

La peau qui recouvrait le moignon présentait au niveau de l'amputation, une cicatrice centrale qui indiquait que l'opération avait été faite par la méthode circulaire.

A travers la peau on sentait des masses globuleuses analogues à des ganglions lymphatiques engorgés; je dirai tout-à-l'heure à quoi elles étaient dues.

En disséquant le moignon couche par couche, je trouvai, au milieu d'un tissu cellulaire graisseux abondant, les

M. le professeur J. Cloquet a surtout appelé l'attention : dans ces cas, la face externe de l'ancien sac se trouvant par un de ses points, en rapport avec la face externe du nouveau, et ces faces pouvant l'une et l'autre se charger de graisse, on pourra avoir une couche graisseuse entre deux membranes séreuses.

muscles qui s'en distinguaient encore par leurs fibres d'un rose pâle et séparées les unes des autres par du tissu adipeux. Ces muscles étaient atrophiés, changés eux-mêmes en graisse et se déchiraient avec la plus grande facilité. Leurs insertions sur l'omoplate, la clavicule, et l'humérus offraient encore moins de résistance. On détachait les muscles très facilement, en enlevant le périoste qui n'adhérait plus aux os. Les tendons qui s'insèrent sur la gouttière bicipitale et sur la tête humérale, ne présentaient plus cette résistance et cette couleur nacrée brillante qu'ils offrent à l'état normal; ils semblaient avoir longtemps macéré dans l'eau, et se laissaient déchirer sans difficulté.

L'artère sous-clavière et les branches qu'elle fournit ont conservé leur calibre normal; il n'en est pas de même de l'axillaire, dont le calibre diminue très rapidement. Au dessous du point où elle fournit la scapulaire inférieure, c'est-à-dire à cinq centimètres environ de l'extrémité du moignon, cette artère est oblitérée, et se continue en un cordon plein qui va en s'amincissant se perdre dans une masse fibreuse, sur laquelle je vais revenir.

La disposition des nerfs doit surtout nous arrêter. Tous les auteurs modernes ont décrit trois modes de terminaison de nerfs dans les membres amputés. Ou bien ils vont se perdre en queue de rat dans l'extrémité du moignon; ou bien, ils s'anastomosent les uns avec les autres et forment des anses, ou enfin, ils se terminent par des renflements que M. Lebert a appelés *renflements olivaires*: c'est cette dernière disposition que nous rencontrons ici.

Les cinq nerfs du plexus brachial présentent cette terminaison en masse globuleuse. Le musculo-cutané, et le cutané interne, offrent chacun un renflement de la grosseur d'un gros pois. — Celui du cubital présente le volume d'une petite noisette, celui de nerf radial est comme une grosse noisette; enfin l'olive du médian a deux centimètres de diamètre.

Tous ces nerfs , à part le radial qui semble augmenté , présentent , à leur partie supérieure, un volume normal ; mais, à mesure qu'ils s'approchent de leur terminaison on les voit croître graduellement, de telle sorte que leur grosseur est augmentée d'un tiers environ au moment où ils se renflent subitement en boule.

Si l'on cherche par une dissection soignée, à pénétrer la cause de cet accroissement de volume , il est facile de voir que les fibres nerveuses n'y sont pour rien. Entr'elles on voit peu à peu naître de haut en bas un tissu cellulo-fibreux continu avec le névrilème; ce tissu, plus abondant à mesure qu'on l'examine plus bas, écarte de plus en plus les fibres nerveuses l'une de l'autre, et constitue la presque totalité des masses globuleuses que M. Lebert a nommées renflements olivaires.

Le périoste de l'humérus très épais, surtout en approchant de l'extrémité du moignon, n'adhère plus que faiblement à l'os, et s'en détache sans difficulté de haut en bas, à la manière d'un sac fibreux.

Les cinq renflements olivaires, le cordon fibreux de l'artère, la cicatrice centrale du moignon et le périoste terminal de l'humérus sont unis ensemble par une masse commune d'aspect fibreux, qui représente une espèce de coupe dans laquelle est reçue l'extrémité de l'humérus.

Les os ne sont pas moins intéressants à étudier. — La clavicule droite présente à peu près la moitié de la longueur de la clavicule gauche. Elle est presque droite et tellement grêle qu'elle est à demi transparente.

L'omoplate présente dans toutes ses dimensions une réduction analogue. Le tissu spongieux n'existe que sur les bords, il est tellement raréfié qu'il se laisse écraser sous la moindre pression. — Les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que la base de l'épine de l'omoplate, sont tout à fait transparentes dans toute leur étendue. Non seulement il n'existe là aucune trace de tissu spongieux, mais encore les

deux lames compactes accolées sont tellement minces, qu'elles constituent par leur réunion une lamelle diaphane très flexible. — Rien de particulier du côté de la cavité glénoïde; elle participe à l'atrophie générale de l'os, et présente une grande friabilité.

L'humérus est plus réduit encore dans ses proportions. Il a été scié au-dessous du tendon du grand pectoral, et ne présente cependant que six centimètres de longueur. — La tête de cet os a presque disparu. Au niveau des tubérosités il offre trois centimètres de diamètre, et diminue rapidement jusqu'à son extrémité, qui n'a plus qu'un centimètre d'épaisseur. — Nulle part la friabilité du tissu spongieux n'est plus marquée que sur les tubérosités de cet os. Les doigts s'y enfoncent littéralement sans aucun effort, en produisant un craquement léger.

La capsule fibreuse de l'articulation est en rapport dans ses dimensions avec le volume de la tête humérale; mais au lieu d'être atrophiée, elle est au contraire épaisse et résistante.

Enfin, et je ne note ce fait que parce qu'on a voulu en rattacher la production aux amputations des membres supérieurs, les cavités gauches du cœur présentaient dans leur capacité et dans l'épaisseur de leurs parois, une hypertrophie tellement considérable, que le cœur droit semblait n'en être qu'un appendice. Il me suffira de dire que la cloison interventriculaire offrait jusqu'à quatre centimètres d'épaisseur.

Hydatides du canal rachidien.

Par M. A. DUMOULIN, interne des Hôpitaux. (26 mars 1847).

Coulon (François) 25 ans. — Entré le 10 février, mort le 24 mars 1847, (Hôtel-Dieu).

Le père du malade qui fait le sujet de cette observation est mort à 74 ans ; il avait toujours joui d'une bonne santé. La mère vit encore ; elle a 63 ans et est très-bien portante. — Elle a eu treize enfants ; cinq sont morts en bas âge de maladies non connues du malade ; les autres sont bien constitués et jouissent d'une bonne santé.

François Coulon s'est bien porté pendant son enfance : il a eu la rougeole à l'âge de douze ans. Depuis long-temps il est affecté d'une blépharite ciliaire.

Jusqu'à l'âge de vingt ans, il a vécu à la campagne ; il n'est à Paris que depuis cinq ans.

Il y a dix-huit mois, ce jeune homme a reçu un coup dans le dos ; il a immédiatement éprouvé une douleur vive, assez forte, dit-il, pour lui couper la respiration. Cette douleur a persisté les jours suivants ; elle s'est localisée dans la région dorsale, se propageant dans la poitrine où elle déterminait une sensation de chaleur brûlante. Cette douleur devint permanente, et elle s'exaspérait dans les mouvements un peu violents.

A cette époque, le malade a consulté un médecin qui a promené son doigt sur le trajet de la moelle. En pressant sur le point qui avait été frappé, le malade a ressenti une vive douleur. — Seize sangsues furent appliquées sur le lieu précité. Sous l'influence de cette émission sanguine et du repos, la douleur disparut, mais parfois le malade éprouvait, surtout quand il était fatigué, une douleur vague dans le dos.

Il y a quatre mois, après une esquinancie, la douleur a repris son caractère primitif d'acuité. Depuis ce moment,

elle a paru augmenter de jour en jour. Souvent quand ce malade marchait, il sentait une chaleur brûlante dans le dos, accompagnée d'un sentiment de constriction des parois thoraciques. — Quelques jours après, le malade ne pouvant plus travailler est entré à l'Hôtel-Dieu (Annexe) dans le mois de décembre 1846.

A cette époque, la position verticale était fort douloureuse; il souffrait beaucoup moins en se penchant en arrière. La position la plus commode était le décubitus dorsal; les douleurs redevenaient très-vives en se couchant sur l'un ou sur l'autre côté.

A l'Hôtel-Dieu Annexe, on lui mit 25 sangsues sur la région dorsale, et quelques jours après, on plaça sur le point douloureux un vésicatoire qu'on entre tint pendant douze jours. Pendant ce temps, la douleur a disparu; mais après la suppression du vésicatoire, l'on a vu revenir les douleurs vagues dans les parois thoraciques; cependant elles ont cessé après l'application de ventouses scarifiées.

Après vingt et un jours, cet homme a quitté l'Hôtel-Dieu Annexe, étant notablement soulagé, mais ressentant encore cependant une douleur vague dans le dos.

Quinze jours après sa sortie, la douleur vive et la constriction de la poitrine ont reparu de temps en temps. Ces phénomènes ont persisté jusqu'au 15 janvier, environ, époque à laquelle les jambes ont commencé à s'affaiblir. Les mouvements étaient mal coordonnés, et il craignait toujours de se jeter sur les personnes qui passaient à côté de lui.

Vers la fin du mois de janvier, le malade a ressenti une douleur dans le ventre, comme s'il eut reçu un coup, d'après ce qu'il rapporte.

Depuis, la constriction douloureuse de la poitrine a disparu, et elle a paru se fixer sur les parois abdominales. — Le malade croyait sentir un poids sur l'abdomen quand il était couché.

Ce symptôme et la faiblesse des jambes ont augmenté

peu à peu depuis ce jour. La douleur de la région dorsale persistait.—C'est dans cet état qu'il est entré à l'Hôtel-Dieu le 10 février, salle Saint-Jean, n° 51.

Il offre alors les symptômes suivants : une douleur à la région dorsale, commençant à la troisième vertèbre dorsale et s'étendant en bas jusqu'à la première lombaire. Cette douleur est continue, augmente quelquefois spontanément, mais elle est toujours exaspérée par la pression. Celle-ci provoque des douleurs plus vives dans le haut de la région dorsale que dans le bas de cette partie de la colonne vertébrale.

Les membres inférieurs sont incomplètement paralysés ; les mouvements, bien que lents et difficiles, ne sont pas tout-à-fait abolis ; mais la coordination de ces mouvements est impossible ; aussi cet homme ne peut-il marcher.

Quant à la sensibilité des téguments de ces membres et du tronc jusqu'à la base de la poitrine, elle est notablement diminuée.

Il y a rétention incomplète de l'urine et des matières fécales.

La sensibilité et la motilité sont à l'état normal pour les membres supérieurs.

Le malade accuse des douleurs dans l'abdomen, douleurs auxquelles il ne peut assigner un siège bien précis ; elles occupent, dit-il, tantôt un point, tantôt un autre ; elles sont quelquefois lancinantes. — Les parois abdominales lui semblent toujours tendues et comme sous l'impression d'un poids insupportable.

Ce même sentiment de pesanteur existe sur la partie inférieure des parois thoraciques ; aussi en résulte-t-il une gêne de la respiration qui n'est sensible que pour le malade. — Il n'y a pas de fièvre. — L'appétit est assez bon.

Le malade n'étant pas allé à la garde robe depuis cinq jours, on lui a prescrit un purgatif qui a déterminé une selle abondante.

Le lendemain, on a appliqué deux cautères, avec le caustique de Vienne, sur les côtés du rachis, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale.

Les jours suivants, les symptômes précités ont fait des progrès rapides. — Le 20 février, dix jours après son entrée, la paraplégie était complète. La sensibilité des téguments, des membres inférieurs et du tronc jusqu'au niveau de la cinquième côte était entièrement abolie. Nous avons pu remarquer alors que, dans les mouvements respiratoires les sept dernières côtes demeuraient immobiles.

Dans l'inspiration, les cinq premières côtes étaient élevées, et le diaphragme soulevait les parois abdominales ; mais les côtes inférieures étaient passives. Ce phénomène était appréciable à l'œil, et aussi par l'application de la main sur les parois thoraciques. — Il y a rétention complète des urines et des matières fécales.

Bientôt une eschare énorme s'est formée au niveau du sacrum et sur les fesses. Des taches noires se sont montrées aux talons et aux malléoles internes.

Dans les premiers jours du mois de mars il est survenu un érysipèle de la face qui s'est étendu ensuite aux bras et à la partie supérieure de la poitrine. Cet érysipèle, qui a affecté la marche de l'érysipèle ambulante, existait encore au moment de la mort du malade.

Le 18 mars, cet homme a eu plusieurs frissons qui se sont renouvelés dans la nuit. Le lendemain, il avait une petite toux comme étouffée, par quintes très-fréquentes, suivies de l'expectation de sérosité spumeuse. Il y a une bronchite générale. — La figure est très altérée. — Depuis l'apparition de l'érysipèle, la fièvre est devenue continue. Le malade est mort dans la nuit du 23 au 24 mars.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Les eschares du sacrum et des fesses sont très larges et profondes ; toutes les couches graisseuses superficielles sont envahies ; la mor-

tification est en contact immédiat avec les muscles d'un côté, avec les os de l'autre.

Les organes respiratoires et circulatoires sont parfaitement sains.

Système nerveux. — Le cerveau, examiné avec soin et coupé par tranches très-minces, n'offre rien de remarquable ; il est à l'état normal. On ouvre le canal rachidien. Après avoir mis à découvert la moelle dans sa partie supérieure, l'on put se convaincre de la présence de corps étrangers dans le canal rachidien ; ces corps étaient des hydatides, dont quelques-unes, plus grosses et superficielles, c'est-à-dire situées plus postérieurement, avaient été crevées peut-être par l'action des instruments ; aussi ne restait-il plus que la vésicule qui était terne et dépolie.

Le nombre de ces hydatides me parut assez considérable, peut-être une douzaine ; toutefois pour ne point altérer cette pièce j'ai cru devoir me priver pour le moment de détails qui m'eussent été nécessaires ; aussi n'ai-je point été à la recherche de ces hydatides. Ces corps étrangers étaient placés dans un espace compris entre la seconde et la quatrième ou cinquième vertèbre dorsale.

Tout d'abord, je l'avoue, je crus ces hydatides logées et nées dans le canal rachidien ; mais M. le docteur Barth m'a parfaitement montré que plusieurs de ces hydatides, libres alors dans le canal rachidien et non enkystées, avaient eu pour siège primitif un kyste bien manifeste situé sur la gouttière vertébrale au niveau de la troisième ou de la quatrième vertèbre et au-dessous des muscles de la région. Dans ce kyste, il était encore aisé de retrouver plusieurs vésicules dont quelques unes encore intactes et transparentes. Cette affection, toutefois, était déjà ancienne, car une compression graduée et incessante, sans doute exercée sur la lame vertébrale droite de la troisième dorsale, avait usé et aminci cette portion de la vertèbre.

Les membranes de la moelle étaient intactes, et la compression exercée par les hydatides se faisait sur elles.

La moelle m'a paru avoir sa consistance normale, excepté peut-être au niveau des quatre premières vertèbres dorsales, où elle m'a paru un peu plus molle et moins résistante seulement. Toutefois, comme je le disais à l'instant, je n'ai pu faire qu'un examen anatomique insuffisant, ne voulant pas détruire ce qui devait être examiné par d'autres personnes.

• Caverne tuberculeuse de la prostate. — Tubercules et ulcérations de la vessie.

Par M. VIARD, interne des Hôpitaux, (12 mars 1847).

Leclerc (Victor), âgé de 35 ans, terrassier, d'un tempérament lymphatique, est entré le 13 juillet 1846, à l'hôpital du Midi, service de M. Vidal de Cassis, à la salle 10, lit n° 15.

Cet homme, sans blennorrhagie antérieure, sans autre cause connue, a vu naître peu à peu une tumeur, à la région périnéale, à droite du raphé, à un pouce environ de l'anus.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 13 juillet 1846, cette tumeur était douloureuse, les bougies introduites dans l'urètre n'arrivaient dans la vessie qu'avec beaucoup de difficulté, et en provoquant des souffrances aiguës. Quelques jours après, M. Vidal ouvrit cette tumeur; il en sortit beaucoup de matière purulente, et les douleurs se calmèrent, comme par enchantement. Pendant trois ou quatre jours, il ne s'écoula que du pus par l'ouverture périnéale; au bout de ce temps un peu d'urine vint s'y mêler, et bientôt toute l'urine sortit par là. Les sondes introduites par le méat urinaire, dans le but sans doute d'obtenir la cicatrisation de cette fistule, ne purent jamais parvenir dans la vessie. En même temps l'état général du malade s'aggrava; il commença

à tousser, à suer la nuit, à maigrir surtout. Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur lui.

Au 1^{er} janvier 1847, j'entrai comme interne dans le service, et voici ce que je constatai moi-même sur ce malade : Il existe, maintenant au périnée, deux orifices fistuleux (il s'en est ouvert un autre en avant et en dehors du premier) par lesquels passe toute l'urine ; il n'en sort aucune goutte par le canal de l'urètre : douleurs peu notables ; je trouve tous les signes stéthoscopiques et rationnels de l'affection tuberculeuse des poumons, commencement d'expiration prolongée du côté droit, crachats épais et un peu visqueux.

Le 15 *idem*. Le malade est à peu près dans le même état ; il accuse de l'insomnie. (Looch diacodé).

Le 1^{er} février, la pâleur et la faiblesse sont plus grandes, le sommeil est un peu agité : les parties latérales du thorax sont le siège de quelques douleurs. L'urine continue à passer par la fistule périnéale ; les bougies et les sondes ne peuvent arriver jusqu'à la vessie.

Le 15 *idem*, les signes des lésions pulmonaires sont plus distinctes ; la matité est plus grande ; on perçoit un peu de râle sibilant dans toute l'étendue du poumon droit et quelques craquements secs sous les clavicules ; les crachats sont plus épais et prennent une couleur verdâtre ; l'oppression est plus considérable ; il y a de la diarrhée.

Le 1^{er} mars, les orifices fistuleux prennent un aspect grisâtre ; la dyspnée est plus forte : on entend dans la poitrine quelques bulles de râle sous-crépitant ; il existe un léger mouvement febrile, la face du malade présente un aspect terreux. (Lotions sur le périnée avec l'eau-de-vie camphrée.)

Le 8 *idem*, les lèvres des plaies fistuleuses deviennent noires ; il ne passe plus que quelques gouttes d'urine ; le malade est très-faible, il se fait une espèce de râle trachéal ; les bulles de râle sous-crépitant sont plus grosses et plus

nombreuses; il y a un peu de retentissement de la voix : la dyspnée est très-considérable et gêne beaucoup le malade pour parler; le pouls est petit et fréquent.

Le 9 *idem*, mort à 8 heures du matin.

Autopsie. — Adhérences nombreuses des deux feuillets de la plèvre, surtout du côté droit; les deux poumons, le droit surtout, sont remplis de tubercules dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une petite noisette; la plupart sont à l'état miliaire; on en trouve quelques-uns plus ou moins complètement ramollis.

Quelques ganglions bronchiques sont tuberculeux.

Il n'y a rien ni dans le larynx, ni dans la trachée.

Le cerveau est sain. — Quelques-uns des ganglions mésentériques présentent des tubercules.

Organes génito-urinaires. — Les orifices fistuleux présentent une couleur noire, un aspect gangréneux; en disséquant le périnée, on trouve sur la ligne médiane, la paroi inférieure des portions prostatique et membraneuse de l'urèthre, dénudée; la première l'est dans toute son étendue, la deuxième ne l'est qu'à sa partie postérieure; cette paroi est épaissie, son tissu présente un aspect blanchâtre comme granuleux; il est dur, et crie sous le scalpel.

On ne trouve plus à la place de la prostate, qu'une poche assez considérable, de forme irrégulière, se prolongeant jusqu'au bas fond de la vessie; sa surface interne est couverte de granulations, qui, à l'incision, offrent tous les caractères des tubercules; sa couleur est noirâtre; on trouve encore dans cette poche quelques parcelles de détritits gangréneux.

Il n'existe qu'un seul trajet fistuleux présentant deux orifices externes; l'un des deux aboutit un peu en avant et en dedans de la tubérosité de l'ischion, l'autre est situé un peu en avant sous la branche descendante du pubis; ils ne sont séparés que par un pont formé par la peau et d'autres parties qu'il est très-difficile de reconnaître; le trajet

fistuleux contourne donc la branche descendante du pubis ; et la racine des corps caverneux ; ceux-ci sont légèrement attaqués.

Si on introduit une sonde par le canal de l'urètre, *on voit que la communication de ce canal avec la poche prostatique a lieu à sa partie supérieure ou pubienne* ; l'étendue de la perforation est considérable.

La sonde ne peut pénétrer dans la vessie ; mais son bec arrive jusqu'à sa partie postérieure dans la portion de la poche prostatique sous-jacente.

En pressant la vessie, on sent qu'elle renferme une certaine quantité de liquide qu'on ne peut faire sortir ; à l'ouverture de cet organe, il s'est échappé environ 1 verre d'urine purulente. Les parois de la vessie sont considérablement hypertrophiées, surtout autour du col, dans la région qui répond à la prostate ; l'épaisseur de la paroi dans cette partie de l'organe est au moins de 3 ou 4 millimètres. Les tissus sont durs, comme fibreux, et crient sous le scalpel ; on remarque quelques petits tubercules enkystés, disséminés au milieu d'eux. En regardant attentivement la coupe des parois de la vessie, on voit très-distinctement que l'hypertrophie porte principalement sur la tunique musculieuse dont les fibres sont très-apparentes.

La surface interne de cet organe est granulée, surtout près du col où il existe deux ou trois mamelons assez gros, surmontés d'ulcérations dont les plus grandes offrent le diamètre d'une pièce de 2 francs ; ces ulcérations sont légèrement taillées à pic ; leur fond est grisâtre et comme fongueux ; leur circonférence est échancrée à différents endroits ; les bords forment des espèces de bourrelets d'un rouge vif ; on ne trouve au-dessous que du tissu simplement hypertrophié ; presque toutes ces ulcérations ont leur siège à la base de la vessie et dans le trigone, deux ou trois seulement au sommet. L'ouverture du col paraît complètement oblitérée ; du moins toutes nos recherches pour la

nable. L'ouverture du col de la vessie dans l'urètre est un peu rétrécie.

L'urètre est sain dans ses deux portions membraneuse et spongieuse; mais la paroi inférieure ou prostatique de la 3^e portion présente trois perforations considérables.

On ne trouve plus à la place de la prostate qu'une coque membraneuse, renfermant une certaine quantité de liquide semblable à celui que contenait la vessie; la paroi interne est tapissée d'une fausse membrane couverte de granulations tuberculeuses. Cette poche communique avec la cavité de l'urètre et par elle avec la vessie; du côté droit elle s'étend jusqu'au niveau du point de jonction, des branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion.

Les reins ne présentent aucune lésion.

Les canaux déférents et les vésicules séminales participent aussi à l'altération; leurs parois sont épaissies, dures, et crient sous le scalpel; leur cavité est obstruée par de la matière tuberculeuse, et présente sur la paroi interne des ulcérations et des cavernes tuberculeuses.

Les testicules et les épидидymes renferment aussi des tubercules en voie de ramollissement, et des cavernes.

Le cerveau examiné est parfaitement sain.

Bronchite pseudo-membraneuse. — Guérison.

Par M. LAFFLEY, interne à l'Hôtel-Dieu, (service de
M. CAILLARD.)

Bellegueule., (Emilie Flore), âgée de 23 ans, entrée le 30 mars 1847 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 15, remplissait les fonctions de veilleuse dans cette salle; depuis quelques mois elle était guérie d'une fièvre typhoïde dont elle avait été traitée par M. Caillard.

Dans la nuit du 29 au 31 mars, vers les 3 heures du matin, elle éprouva du malaise avec frisson ; bientôt le frisson devint assez intense pour forcer cette femme à se coucher. A huit heures du matin, je la vis et je constatai l'état suivant : face colorée , vultueuse même , respiration haute, difficile; l'expression de la figure n'offre rien de spécial ; le pouls est fréquent, la peau est chaude et moite , la langue naturelle ; la malade accuse une céphalalgie assez forte, aucune altération de la voix, un peu de toux, pas d'expectoration ; la malade se plaint d'un léger point de côté à droite, au dessous du sein. Bruit respiratoire faible dans toute l'étendue de la poitrine, râle sous-crépitant des deux côtés en arrière ; en avant par la percussion , on ne constate aucune matité.

Médication expectante :

30 mars soir. Les accidents observés le matin sont plus marqués.

31 *idem*. La malade est dans un état d'anxiété des plus prononcés; elle est assise à son séant, et respire avec grande difficulté; la face est rouge, les yeux sont injectés. La voix est nette, la toux naturelle et grasse, l'expectoration est constituée par des crachats blancs, visqueux, formés par un mucus épais, tous sont aérés, globuleux ou allongés, n'offrant que quelques stries de sang excessivement tenues. Le point de côté accusé hier n'est pas aussi prononcé. On ne perçoit ni matité, ni absence du bruit respiratoire dans le point correspondant à la douleur ; pas de matité en arrière, ni en avant des deux côtés de la poitrine. Bruit respiratoire disparu à peu près complètement au milieu du râle muqueux à grosses bulles et des râles ronflant et sibilant , que l'on perçoit très distinctement. La respiration bronchique s'entend parfaitement au niveau des grosses bronches.

Le pouls est très fréquent, à 120 ; la peau est chaude et sèche; la langue blanche ; la soif vive ; la céphalalgie vio-

lente. — (Saignée de 4 palettes. — Tartre stibié 0^{gr}.30 dans un julep héchique à prendre par cuillerées à café, jusqu'à ce qu'on ait obtenu plusieurs vomissements).

31 avril soir. La malade, au milieu des vomissements, a expectoré des concrétions tubulées et rameuses à cylindre creux, mais d'une lumière très petite, semblant moulées sur les ramifications bronchiques. Le rameau principal a un calibre égal à celui d'une plume d'oie de moyenne grosseur. Les ramifications sont beaucoup plus petites. L'expectoration était abondante et constituée non seulement par ces crachats solides, mais aussi par un liquide aéré, filant, assez semblable à du blanc d'œuf dans ce qu'il a de plus fluide.

L'état général est à peu près le même que le matin, excepté toutefois que la respiration est plus facile. La voix est toujours naturelle.

1^{er} avril. La respiration est redevenue très gênée. Il y a de l'orthopnée; le soulagement qui avait suivi l'expulsion des fausses membranes n'a pas été de longue durée; les signes de suffocation existent aujourd'hui aussi prononcés qu'hier. — (40 sangues sur la poitrine. — Potion stibiée comme hier, violette sucrée.)

1^{er} *idem*, soir. La malade a expectoré une grande quantité de fausses membranes parfaitement semblables à celles décrites plus haut. La respiration est plus facile, le pouls moins fréquent, 100; la peau moite; en même temps que des vomissements nombreux la malade a eu des selles abondantes et répétées.

2 *idem*. L'expectoration est redevenue celle du catarrhe; les crachats sont d'un blanc sale, visqueux, baigne dans une mucosité filante et muqueuse; les symptômes de suffocation sont moins marqués. La malade se trouve mieux; les inspirations sont moins fréquentes, les râles muqueux, ronflant et sibilant sont moins nombreux.

3 *idem*. L'amélioration persiste et l'expectoration est

beaucoup moins abondante; l'état général est satisfaisant.
— (Deux bouillons, violette sucrée).

Cette malade, convalescente le 3 avril, a pu reprendre ses occupations d'infirmière; depuis le 17, elle n'a éprouvé aucun accident; elle jouit d'une bonne santé.

Cancer encéphaloïde de la vésicule biliaire.

Extrait du rapport de M. NOTTA sur l'observation de M. LACAZE DUTHIERS, interne des hôpitaux. (30 avril 1847).

M. Lacaze vous a présenté, Messieurs, un cancer encéphaloïde de la vésicule du fiel, limité au fond de cet organe, sans aucune trace de cette dégénérescence dans le foie ni des autres viscères.

La malade sur laquelle cette pièce a été recueillie était âgée de 71 ans; elle est entrée à l'infirmière de la Salpêtrière (service de M. Prus) le 26 février 1847; pendant la vie elle n'a présenté d'autres symptômes du côté des voies biliaires, qu'une tumeur globuleuse, indolente, du volume d'un œuf de poule, légèrement mobile sous la paroi abdominale, et située immédiatement au-dessous du bord inférieur du foie, dans le point correspondant à la vésicule. Il n'y a pas eu de troubles digestifs; l'appétit a toujours été bon. La peau de la malade présentait une coloration subictérique. Atteinte d'une pleurésie aiguë, la malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie, outre les lésions propres à la pleurésie, on trouva la vésicule biliaire du volume d'un œuf de poule, et en l'incisant on vit que tout le fond de cet organe était rempli par une masse encéphaloïde en voie de ramollissement; le foie était sain et ne renfermait aucuns noyaux cancéreux. On n'en trouve pas non plus dans les autres organes qui sont le plus souvent at-

teints de cette dégénérescence (utérus, mamelles, etc.); les canaux biliaires n'étaient point oblitérés, et étaient parfaitement sains. Il y avait de petits calculs noirs rugueux dans la vésicule.

Le cancer de la vésicule limité à cet organe, sans que le foie y participe, est une maladie peu commune, et qui n'a été décrite que dans ces derniers temps. M. Durand Fardel le premier (Arch. 1840) a fixé l'attention sur ce point de pathologie. Dans les cas observés par cet auteur, la matière cancéreuse se présentait sous la forme de champignons plus ou moins considérables, adhérant intimement par leur base à la paroi interne de la vésicule.

Sur la pièce de M. Lacaze, le cancer se présente sous un autre aspect, et il m'a paru avoir une grande analogie avec celui de l'intestin.

Ici comme dans le cancer de l'intestin, la tunique musculieuse est manifestement hypertrophiée dans les points où elle n'est pas dégénérée; comme dans le cancer de l'intestin, sur les limites de l'altération, il y a des points où la muqueuse paraît intacte; et dans ces mêmes points la tunique musculieuse hypertrophiée l'est également. Entre ces deux tuniques, existe manifestement une substance amorphe qui est de l'encéphaloïde cru.

Dans le fond de la vésicule, on trouve une masse encéphaloïde ramollie assez considérable; la muqueuse n'existe plus, en sorte que la matière ramollie se mêlait à la bile; et dans ce même point, la tunique musculieuse est manifestement hypertrophiée et épaissie. Il résulte de là qu'il est probable que le cancer a eu son point de départ dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et que au fond de la vésicule, il aura détruit la muqueuse en respectant la tunique musculieuse.

Quant à la teinte sub-ictérique des téguments sur laquelle M. Lacaze ne nous donne pas de détails très précis, je suis tenté de la regarder comme n'étant autre chose que

la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse, et en effet le cancer n'occupait que le fond de la vésicule; les canaux biliaires parfaitement libres, étaient sains, de sorte que rien ne s'opposait mécaniquement au cours de la bile. Il est à regretter que M. Lacaze n'ait pas noté dans son observation l'état des conjonctives, qui aurait été un renseignement utile pour décider cette question. Je dois faire remarquer ici la coïncidence du cancer de la vésicule avec la présence de calculs dans sa cavité. Dans tous les cas cités par M. Durand-Fardel, il y avait des calculs dans la vésicule. Dans la vésicule cancéreuse, présentée par M. Lacaze il y en avait aussi; y a-t-il là simplement coïncidence ou rapport de cause à effet? c'est ce qu'il est encore impossible de déterminer, le nombre des faits observés étant encore trop peu considérable.

Polype utérin.

Par M. COFFIN, interne des hôpitaux (21 mai 1847).

Le 6 mai 1847, M. Despretz adresse à l'hôpital des cliniques la nommée Bonnet, âgée de 45 ans, pour une affection de matrice caractérisée par la sortie d'un corps charnu à travers les parties génitales.

Réglée à 16 ans, cette femme se maria à 18, eut quatre enfants; ses couches furent naturelles, bien qu'un de ses enfants se fût présenté par le siège. Après sa dernière couche, sans être atteinte d'une affection spéciale, elle fut longtemps à se remettre. Depuis cette couche, qui date de 12 ans, elle fut parfaitement réglée tous les mois; elle n'a point remarqué que ses règles aient été plus abondantes aux mois de janvier, février, et mars 1847, qu'aux époques correspondantes de l'année 1846; elle n'eut jamais de pesanteur au périnée ni de douleurs lombaires. Elle vaquait

facilement à toutes ses occupations ; ses rapports intimes avec son mari étaient toujours faciles.

Il y a un mois, les règles d'avril apparurent à leur époque ordinaire, et depuis elles n'ont cessé de couler sans pour cela causer à notre malade d'autre malaise qu'un peu de faiblesse. Mais le 4 mai elle s'aperçut qu'un petit corps rouge, de la grosseur d'une petite noix, venait faire saillie à la vulve ; ce fut alors qu'elle alla consulter M. Despretz. La veille, 3 mai, elle avait eu des rapports sexuels avec son mari ; les rapports avaient été faciles, complets, et le mari ne s'était nullement aperçu de la tumeur que portait sa femme.

Le toucher révèle la présence dans le vagin d'une tumeur bilobée ; le premier lobe, d'une longueur de 0^m,02 environ, peut avoir le volume du petit doigt ; son extrémité antérieure est arrondie.

Le lobe postérieur peut avoir 0^m,04 de longueur et trois de diamètre ; il est par conséquent beaucoup plus volumineux que le lobe antérieur. Un sillon circulaire bien accusé sépare les deux lobes.

Le doigt étant introduit plus profondément, on sent appliqué sur la partie supérieure du lobe postérieur, un bourrelet, que nous croyons être le col de l'utérus ; le doigt ne peut pas être introduit entre ce col et la tumeur, excepté à droite et en haut, où l'on sent un petit trou, où l'extrémité du doigt s'engage à peine.

Deux idées se présentèrent à l'esprit ; avions-nous là un polype bilobé, inséré à presque tout le pourtour du col utérin, si ce n'est dans un seul point ; ou bien le lobe supérieur n'est-il que la matrice retournée sur elle-même comme un doigt de gant ; le lobe inférieur étant un polype implanté sur le fond de l'utérus, fond qui serait devenu la partie inférieure de l'organe par suite de son inversion ?

Le 10 mai, la malade fut conduite à l'amphithéâtre. M. Nélaton put, avec une tenette dont les cuillères étaient

pourvues de pointes pour ne pas blesser la partie malade, amener le lobe inférieur du polype complètement au dehors sans aucune difficulté; une ligature mollement serrée fut placée au niveau du point de séparation des deux lobes, et au moyen de ce fil, on parvint par de légères tractions à faire sortir le lobe postérieur. L'on reconnut alors le col utérin, et le petit pertuis, que l'on avait senti en haut et à droite. Par cet orifice, une sonde mousse fut introduite dans une cavité qui pouvait avoir près de 0^m,03 de profondeur; le toucher anal nous fit reconnaître la présence du corps de l'utérus dans le vagin, bien que les deux tumeurs fussent au dehors. Il n'y avait donc plus de doute possible; nous n'avions plus affaire à un polype inséré sur le fond d'une matrice renversée, mais bien à un polype bilobé, inséré à presque tout le pourtour du col utérin. Ce polype n'est point dur, sa surface est lisse et non ulcérée.

Les ligatures furent enlevées, et les parties remises en place; la partie inférieure du petit lobe resta à la vulve comme elle était précédemment.

Du 11 au 12, il se déclara une péritonite dont la malade mourut le 14, à 11 heures du matin.

Autopsie, 30 heures après la mort. — Poitrine. — Adhérences anciennes des deux plèvres dans toute leur étendue — Rien au cœur.

Abdomen. — Nous trouvons toutes les traces d'une péritonite générale et suppurée; les circonvolutions intestinales sont partout couvertes de nombreuses arborisations vasculaires; la moitié au moins du péritoine qui recouvre l'intestin grêle, a perdu son poli et est légèrement granuleuse. Les parties latérales de l'abdomen, le petit bassin sont remplis par un pus jaune et bien lié; nous en trouvons entre toutes les circonvolutions intestinales et jusque sur les côtés du ligament suspenseur du foie.

Le foie, la rate, les reins, la membrane muqueuse des

intestins ne présentent aucune lésion digne de remarque. L'utérus était un peu incliné à droite.

J'enlevai le rectum, le vagin, l'utérus, la vessie, enfin toutes les parties contenues dans le petit bassin, pour pouvoir mieux juger de l'état du polype. Une incision fut faite à la paroi latérale gauche du vagin. Je reconnus que l'examen du 10 mai nous avait bien montré les choses telles qu'elles étaient réellement. En effet, le vagin contient une tumeur bilobée de 0^m,075 de longueur; le lobe supérieur ovoïde présente 0^m,10 de circonférence et 0^m,04 de longueur; le petit lobe ou lobe inférieur de forme cylindrique, a 0^m,025 de longueur et 0^m,05 de circonférence. Un rétrécissement net et précis sépare les deux tumeurs. Leur couleur est rosée, excepté l'extrémité inférieure du petit lobe qui est noirâtre et comme ecchymosée.

En haut ce polype s'insère à tout le pourtour du col, ou plutôt se confond avec le col lui-même. Il n'y a pas de différence apparente de couleur ou de structure entre le col et le polype; on reconnaît seulement la première de ces parties à une saillie et à une rénitence particulière. Cette saillie est de cinq ou six millimètres; la circonférence externe du col est de 0^m,16. La surface de la partie supérieure du polype est comme cloisonnée; elle paraît formée d'aréoles peu volumineuses; cette apparence aréolaire naît au milieu du lobe supérieur du polype, et se continue jusqu'à sa jonction avec le col de l'utérus. En haut et à droite nous trouvons l'orifice irrégulier qui donne accès dans la cavité utérine. Cet orifice présente un peu plus d'un centimètre de diamètre à son extrémité inférieure, et va en se rétrécissant jusqu'à une profondeur d'un centimètre et demi à peu près, de sorte qu'il est impossible de faire pénétrer même l'extrémité du petit doigt dans la cavité utérine. Pour s'assurer si la perméabilité existe de l'extérieur du corps à l'intérieur du péritoine par les trompes, une injection fut poussée avec assez de force dans la cavité utérine;

mais il ne sortit point la moindre goutte de liquide par l'orifice du pavillon. Un stylet fin fut introduit par l'orifice extérieur de la trompe, et ne put pas non plus pénétrer dans l'intérieur de l'organe.

La matrice présente le volume qu'elle a chez la plupart des femmes ; à l'extérieur nous ne voyons rien de digne d'être noté ; les ovaires sont sains, ainsi que les trompes. Dans la cavité de la matrice nous trouvons en haut et sur la paroi antérieure un peu de sang infiltré dans le tissu de la muqueuse ; mais il n'existe pas la plus petite végétation. Quant au polype, nous reconnaissons que son implantation ne se fait pas par un point limité ; mais qu'il s'implante bien à la surface interne du col dans les 19/20 de son étendue, et qu'il ne remonte nullement dans la cavité utérine, cavité qui n'est ni plus grande ni plus petite, que celle d'un utérus normal, chez une femme de 45 ans et n'ayant pas eu d'enfants depuis longtemps. — Tissu de la matrice parfaitement sain. — Aucune trace de pus dans les sinus utérins, ni dans les vaisseaux lymphatiques.

Au microscope ce polype ne présente que les éléments du tissu cellulo-fibreux.

Nous avons remarqué pendant la vie une petite tumeur du volume et de la couleur d'une petite groseille rouge, qui venait se présenter à l'orifice externe de l'urètre ; après la mort il me fut impossible de retrouver la petite tumeur ; à sa place je ne vis plus qu'une tache noire semblable à une ecchymose.

— L'intérieur de la tumeur est d'un tissu cellulo-fibreux très apparent, mais extrêmement vasculaire ; il paraît ramolli et se déchire avec une facilité inusitée dans les corps de ce genre. Il est du reste impossible de voir les limites exactes d'implantation, car la tumeur se perd insensiblement dans le tissu utérin.

(Note du rapporteur.)

Tumeur cancéreuse du cerveau.

par M. NOTTA (11 juin 1847).

Le 27 avril, Séguin Claude, cuisinier, âgé de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, (Annexe) salle Sainte-Marie, service de M. Valleix.

Habituellement d'une bonne santé, il fut pris vers la fin de décembre dernier, de douleurs de tête très-vives. Il continua néanmoins d'exercer sa profession. Depuis deux mois seulement il ne travaille plus. Il passe ses journées dans sa chambre, n'en sortant que pour aller prendre ses repas.

Il n'a jamais eu d'affection syphilitique. Il ne porte sur la verge aucune cicatrice de chancres. Il n'a sur la peau aucune trace d'éruption cutanée ; tels sont les seuls renseignements que j'aie pu me procurer sur son état antérieur.

28 avril. — *Etat actuel.* — Cheveux noirs, muscles bien développés ; il paraît d'une bonne constitution ; poitrine large, bien conformée, décubitus dorsal.

Céphalalgie sus-orbitaire très intense. Il ne précise pas le point où elle est la plus violente ; paralysie des muscles du côté gauche de la face. Dans l'état de repos la bouche est droite ; mais dès que le malade parle ou rit, la bouche est déviée à droite et en haut. Il ferme bien les deux yeux ; cependant à gauche les plis des paupières lorsqu'elles sont fermées sont moins prononcés qu'à droite ; les mouvements sont libres. Il lève également bien les deux jambes, et il serre fortement avec les mains ; toutefois il met un peu de lenteur à opérer ces mouvements. La force paraît être égale dans chaque moitié du corps. La sensibilité est intacte.

L'ouïe paraît intact. Il se plaint d'avoir la vue trouble ,

néanmoins avec chacun de ses yeux il reconnaît bien les objets qu'on lui présente.

La pupille gauche est immobile, plus dilatée que la droite, qui a peu de mobilité, et qui est médiocrement contractée. Pas de strabisme. Air hébété, figure sans expression. Il répond quelquefois lentement, et avec justesse, aux questions qu'on lui adresse; le plus souvent elles restent sans réponse; ou celles qu'il fait sont dépourvues de sens. Assoupissement continu.

Thorax normal à la percussion et à l'auscultation; chaleur de la peau naturelle. Apyrétique.

Langue souple, humide, un peu jaunâtre; sur les bords, elle présente les empreintes des dents; tirée hors de la bouche, elle n'est pas déviée. Le malade ne peut ouvrir la bouche suffisamment pour que l'on puisse explorer la luette. Il demande à manger, n'a pas eu de selles depuis plusieurs jours; dans le flanc gauche et la fosse iliaque on sent des tumeurs dures, bosselées. Matité sus-pubienne, à convexité tournée en haut. Il n'a pas uriné depuis son entrée. On pratique le cathétérisme.

(Orge, miel. 1 bouteille sedlitz, lav. purg. 8 sangsues derrière chaque oreille; catapl. sinapisé sur les mollets, diète).

29 *idem*. — Matité sus-pubienne considérable; il n'a pas uriné depuis hier; les tumeurs qui existaient dans le flanc et la fosse iliaque gauches n'existent plus; le ventre est souple, non douloureux, selles nombreuses, involontaires.

Langue large, souple, un peu collante, gencives un peu saignantes.

64 pulsations, peau fraîche; même état des centres nerveux qu'hier.

Cathétérisme. La vessie ne se contracte pas sur la sonde; on est obligé par la pression abdominale de déterminer l'écoulement de l'urine.

(2 gouttes huile de croton, lav. huileux, compresses fraîches sur la tête, sinapismes aux mollets).

50 *idem*. 10 sangsues derrière chaque oreille.

2 *mai*. Il urine sans qu'il soit nécessaire de pratiquer le cathétérisme. Les aliments solides sont bien déglutis; quand il boit des liquides, ou mange du potage, il en avale une partie, une autre partie provoque de la toux et est rendue par le nez et la bouche. (10 sangsues derrière chaque oreille).

4 *idem*. saignée de 300 grammes. Il demande le bassin pour aller à la garde-robe.

5 *idem*. La saignée est riche, non couenneuse; on n'a pu avoir que 150 grammes de sang; à un mètre de distance les deux yeux étant ouverts il ne peut distinguer les objets; à deux pieds, il les distingue mais un peu confusément; un peu moins d'assoupissement. — 8 sangsues à chaque tempe.

7 *idem*. Il se plaint de souffrir davantage dans la moitié droite de la tête. (Petit vésic. sur la tempe droite; le panser avec un centigramme de morphine.

8 *idem*. Face un peu colorée, diminution notable des forces dans le bras et la main gauches. La jambe gauche ne peut être élevée du plan du lit par le malade, tandis qu'il lève bien la droite. Si on fléchit la jambe sur la cuisse, ce mouvement est douloureux pour le malade.

Les mouvements de flexion imprimés au bras gauche ne sont pas douloureux. Sensibilité intacte, même état de l'intelligence que lors de son entrée. Céphalalgie intense, saignée de 300 grammes.

10 *idem*. Il urine sous lui. Il serre de la main gauche avec une certaine énergie. Il ne peut élever les deux jambes du plan du lit, hébétude plus prononcée qu'à son entrée, (60 centigrammes calomel; 10 sangsues derrière l'oreille droite, glace sur la tête.

11 *idem*. Selles involontaires contenant des mucosités sanguinolentes; les selles conservent ce dernier caractère jusqu'au 17. Respiration stertoreuse.

17 *idem*. 120 pulsations. Il s'est levé la nuit, s'est assis sur une chaise, et avec ses jambes il essayait de se traîner dans la salle. Hier il a bien reconnu les personnes qui sont venues le voir. Il remue bien les jambes volontairement; plus de douleurs dans flexion du bras et de la jambe gauches. Céphalalgie sus-orbitaire toujours plus intense.

18 *idem*. Les lèvres sont tuméfiées, ainsi que les gencives; on suspend le calomel. Il répond brièvement, mais avec assez de justesse aux questions qu'on lui adresse.

Les jours suivants il est dans le même état.

28 *idem*. Il serre avec énergie des deux mains, les mouvements et la sensibilité persistent; 100 pulsations.

31 *idem*. La vue s'abolit de plus en plus; la pupille gauche est toujours plus dilatée que la droite. Hier il n'a pu parler le matin. Il a articulé quelques mots; la sensibilité est obtuse. Il remue encore les membres. (Eau de Vichy, 2 gouttes huile de croton).

1^{re} juin. 128 pulsations, saignée de 350 grammes.

2 *idem*. Herpès considérable de la lèvre supérieure, face rouge injectée; parle très peu.

Calotte de pommade de Gondret sur la tête.

Le soir, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; quand on cherche à lui faire boire quelques cuillerées de liquide, on détermine des quintes de toux et le rejet du liquide qui n'est pas dégluti. Vue abolie quand on approche brusquement un objet de ses yeux. Il n'y a pas de clignement, même état des pupilles, haleine fétide, pouls fréquent, 40 inspirations par minute, respiration stertoreuse, sensibilité moins vive qu'à l'état normal, mais persistant encore. Mouvements conservés, faiblesse des membres supérieurs; la force peu considérable avec laquelle ses mains serrent un objet est la même pour les deux mains. Air hébété, décubitus dorsal.

3 *idem*. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; insensible à tout ce qui l'entoure, sueurs abondantes. Il meurt le 4, à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie, 39 heures après la mort. — Raideur cadavérique assez prononcée, pas d'escharres au sacrum. La voûte crânienne enlevée, la dure-mère ne présente rien de particulier ; elle n'est pas adhérente aux autres membranes. Il n'y a pas de sérosité épanchée dans la cavité arachnoïdienne. Les méninges s'enlèvent facilement de la surface des circonvolutions; la consistance du cerveau est normale, excepté au niveau du lobe moyen droit sur lequel je vais revenir; l'hémisphère gauche du cerveau ne présente aucune altération; on y remarque seulement un piqueté rouge assez abondant dans la substance blanche; le cervelet a une consistance normale; les ventricules latéraux contiennent environ deux cuillerées d'une sérosité citrine transparente.

Le cerveau étant placé sur sa face convexe, on constate que l'origine des nerfs crâniens ne présente aucune altération, le lobe moyen droit est augmenté de volume, surtout à sa partie antérieure et inférieure qui est ramollie. La pie-mère adhère intimement à la substance cérébrale ramollie ; en l'enlevant, on entraîne avec elle la substance cérébrale.

La pie-mère a une teinte plus rosée qu'à l'état normal; et la substance cérébrale ramollie participe à cette coloration; en passant avec le doigt sur cette matière ramollie on sent qu'elle a une épaisseur peu considérable, et qu'au dessous d'elle existe une tumeur dure, résistante.

Cette tumeur, à sa partie supérieure, fait saillie dans la partie antérieure de la scissure de Sylvius, de sorte qu'elle comprime de bas en haut et un peu d'arrière en avant le lobe antérieur du cerveau; les parois de la scissure de Sylvius sont, du reste, libres d'adhérences. La portion de pie-mère qui appartient au lobe antérieur ne présente pas d'altération; celle qui appartient au lobe moyen présente les altérations déjà décrites.

Les deux hémisphères cérébraux étant séparés l'un de

l'autre, en introduisant le petit doigt dans la portion réfléchie du ventricule latéral droit, il rencontre sous le milieu de la couche optique une résistance très-dure, formée par la partie postérieure et supérieure de la tumeur. Cette partie soulève la substance cérébrale, et comprime par son intermédiaire la bandelette qui des corps genouillés, aboutit au chiasma des nerfs optiques.

En jugeant la tumeur à travers l'enveloppe que lui forme la substance cérébrale, elle paraît bosselée, assez régulièrement ovoïde. Incisée dans le sens antéro-postérieur de la base vers la convexité du cerveau, on voit qu'à sa partie antérieure et dans la moitié antérieure de sa face inférieure, l'épaisseur de la substance cérébrale ramollie qui l'enveloppe est de 3 à 5 millimètres ; dans la moitié postérieure, l'épaisseur de la substance cérébrale augmente jusqu'à 12 millimètres en même temps que sa consistance devient de plus en plus normale, à mesure que l'on approche de la partie postérieure de la tumeur, de sorte que dans tout son tiers postérieur, la substance cérébrale qui l'environne n'est pas ramollie.

A la face externe du lobe moyen, les circonvolutions cérébrales sont presque complètement effacées. L'épaisseur de la substance cérébrale en ce point est de 3 à 4 millimètres. Elle n'est pas ramollie ; la pie-mère s'en détache facilement, et n'est pas injectée. La coupe indiquée de la tumeur a dans son plus grand diamètre qui est antéro-postérieur 7 centimètres 1/2 ; dans son diamètre vertical 6 centimètres et 8 millimètres ; diamètre transversal 4 centimètres 1/2. Le couteau entame difficilement cette tumeur ; elle crie sous le scalpel ; le tissu en est dense, a une teinte jaune verdâtre transparente. Sur le plan de la coupe on voit certaines portions faire comme hernies. Plusieurs lignes jaunâtres, qui paraissent être composées de tissu fibreux très-dense, très-résistant, sillonnent dans plusieurs sens la tumeur, et présentant dans certains points des épaississe-

ments d'où partent en rayonnant des fibres manifestes. Ces lignes jaunâtres, comme rétractées, s'entre-coupent de manière à fournir quelques larges mailles dans l'intervalle desquelles existent ces espèces de hernies ; dans quelques points on remarque de petites houppes de vaisseaux. A sa partie postérieure existe un point du volume d'une lentille rouge injecté, ramolli. En enlevant avec précaution la substance cérébrale de la surface de la tumeur on trouve qu'elle est parfaitement circonscrite, et à sa surface on voit un assez grand nombre de petits vaisseaux sanguins qui paraissent ramper dans une membrane très-ténue qui aurait quelque analogie avec la pie-mère ; mais quelques précautions que j'aie prises, il ne m'a pas été possible d'enlever de lambeaux évidents de cette membrane, de sorte que pour moi son existence est douteuse.

La fosse latérale moyenne droite est agrandie aux dépens de son diamètre antéro-postérieur. Du milieu de la petite aile du sphénoïde à la partie la plus externe du bord supérieur du rocher, nous trouvons à droite 8 centimètres, à gauche 7 centimètres. Les axes des 2 rochers sont symétriques, de sorte que l'agrandissement de cette fosse s'est fait aux dépens de la fosse orbitaire, qui a un diamètre antéro-postérieur moindre que la gauche. La petite aile du sphénoïde a été comme repoussée en avant. Elle est très-amincie, a l'épaisseur d'une feuille de papier. A la partie interne de la fosse latérale, les os sont presque complètement détruits. Ils sont souples, flexibles, transparents. — Ils ont été complètement résorbés dans une longueur de 2 centimètres le long de la paroi externe de l'orbite, à partir du trou optique, de sorte que le nerf optique et les autres nerfs de l'œil n'étant plus séparés de la tumeur que par la dure-mère devaient être comprimés au-dessous de la petite aile du sphénoïde ; la paroi de l'orbite a été refoulée en avant et en dedans, de sorte que dans ce point il y a une cavité plus considérable que celle qui existe à gauche

inférieurement. Le plancher de la fosse latérale est papyracé. La moindre pression le briserait ; la portion écaillée du temporal présente les mêmes altérations. A la partie antérieure de cette fosse il y a une ouverture à bords très-amincis, irréguliers, pouvant avoir 5 millimètres dans tous les sens, et au-dessous se trouve la dure-mère qui par conséquent était en rapport direct avec le muscle temporal.

Le tissu du rocher paraît moins compacte qu'à l'état normal. Les sinus frontaux et sphénoïdaux sont plus développés qu'à l'état normal. L'épaisseur de la voûte crânienne est beaucoup moindre qu'à l'état normal, et sa fragilité est très grande.

Le cœur a un volume normal, ses orifices sont sains. — Poumons parfaitement sains, souples, crépitants ; pas de traces de tubercules. Le lobe inférieur seul du poumon droit est splénisé.

Le foie a un volume normal. Sa couleur et sa densité sont normales. — Coupé par tranches, il ne présente aucune trace de noyaux cancéreux.

Un fragment de la tumeur a été examiné au microscope par MM. Lebert et Robin. Ces micrographes n'ont pas constaté la présence de la cellule cancéreuse. Suivant eux, elle serait constituée par une matière fibro-plastique. Ce serait une tumeur fibreuse en voie de formation. M. Lebert pense en outre qu'elle a probablement débuté par les méninges.

Cependant je ferai remarquer que la tumeur que j'ai examinée avec soin était environnée de toutes parts par la substance cérébrale, et qu'en aucun point je ne l'ai trouvée en rapport direct avec les méninges, ce qui devrait avoir lieu, ce me semble, si la tumeur y avait pris son point de départ.

A l'appui de l'opinion de MM. Lebert et Robin on peut dire que cette tumeur existait seule dans l'économie chez un sujet jeune, bien constitué. Quant à la fragilité de la voûte crânienne, elle peut être, je crois, attribuée à la

pression que toute la masse cérébrale exerçait sur elle de dedans en dehors, soulevée qu'elle devait être par cette tumeur. Je ne pense pas qu'on puisse la rapporter à la cachexie cancéreuse, alors même qu'on admettrait que cette tumeur serait du cancer ; car les autres os du sujet ne présentaient pas cette fragilité anormale.

Contrairement à l'opinion de MM. Lebert et Robin, on peut objecter que le cancer circonscrit dans un point de l'économie se rencontre encore assez fréquemment, et que l'aspect de la tumeur était tout-à-fait celle du tissu squirrheux. Aussi m'appuyant sur l'autorité de la société anatomique, ais-je rangé jusqu'à nouvel ordre cette tumeur au nombre des tumeurs cancéreuses.

*Engorgement tuberculeux de l'épididyme et du canal déférent
gauches.*

Par M. ROBERT, interne des hôpitaux. (11 juin 1847).

Pinot, âgé de 31 ans, journalier, tempérament sanguin, constitution bonne ; entré le 4 juin 1847. Salle 5, lit n° 17. Hôpital du midi.

Cet homme est issu de parents qui ont toujours été très robustes, et qui jouissent encore d'une très bonne santé ; il est le troisième enfant. Ses frères et sœurs au nombre de neuf, n'ont jamais été atteints de maladies qu'on peut rapporter à un vice héréditaire ; il est lui-même d'une très-bonne constitution, peu sujet aux rhumes, jamais il n'a craché de sang. Ses digestions ont toujours été très-normales ; son état était celui de cultivateur, et l'obligeait souvent à monter à cheval ; il attribue à cette circonstance le point de départ de sa maladie. La masturbation n'a jamais été son goût, et ce n'est qu'à vingt ans qu'il a fait ses premières armes auprès d'une femme. On ne trouve dans ses

antécédents aucune maladie des organes génitaux antérieure à celle dont il est affecté. Il a été atteint d'un chancre et d'un bubon suppuré, mais trois ans après le début de l'affection qu'il porte actuellement. Du reste, ces accidents n'ont pas infecté la constitution, et malgré l'absence de traitement interne, ils n'ont eu aucune suite fâcheuse. En 1841, au moment où il était bien portant, les bourses acquirent un volume assez considérable. M. Ricord, qui fut alors consulté, diagnostiqua une hydrosarcocèle, et opéra l'hydrocèle par ponction et injection vineuse. L'opération réussit très-bien et la guérison fut radicale; mais l'épididyme resta engorgé. Cet engorgement, du reste encore peu volumineux, était indolent, sans aucune douleur; aussi attirait-il peu l'attention du malade. Deux ans plus tard, l'épididyme droit augmenta aussi de volume et aboutit à la suppuration; on voit encore les traces d'une ouverture fistuleuse, dont la cicatrice enfoncée paraît adhérer à l'épididyme resté engorgé. A partir de cette époque, les fonctions de la génération commencèrent à languir; les désirs vénériens devinrent peu fréquents, la liqueur séminale peu abondante, et très-claire, quoique l'excrétion ne fût pas très-laborieuse. Il se maria cependant et avec une femme très-bien constituée, et malgré les rapports réguliers qu'il eut avec elle pendant deux ans, il ne put la faire devenir enceinte. Il est bon de remarquer que cet état de langueur des organes génitaux n'est arrivé qu'à partir du moment où les deux épididymes sont devenus engorgés. Depuis leur début, ces deux engorgements ont conservé leur caractère d'indolence; celui du côté gauche seulement a augmenté peu à peu de volume. Mais il y a cinq semaines environ, que le malade s'est donné un coup sur le testicule gauche; la contusion qui en est résultée a occasionné des douleurs assez vives et tous les symptômes d'une inflammation qui s'est terminée par un abcès. Cet accident ayant été le point de départ d'une recrudescence inflammatoire du côté de l'é-

pididyme, le malade est venu s'éclairer des conseils de M. Ricord qui l'a reçu dans son service.

Etat actuel.— L'ensemble du testicule et de l'épididyme gauches présente la forme d'un ovoïde dont la plus petite extrémité est dirigée vers la région inguinale et se continue avec le canal déférent. Cet ovoïde est un peu aplati dans le sens latéral; son diamètre longitudinal est de 10 c.; le transversal n'en a que 7. On voit à la partie inférieure de la tumeur une place arrondie de deux centimètres de largeur, et dont le fond présente des fongosités baignées de pus; au niveau de cette plaie la peau est rouge et adhérente, les tissus sous-jacents sont engorgés et fixés à la queue de l'épididyme. Par un examen superficiel, on peut déjà distinguer deux parties dans la tumeur; une antérieure et supérieure, molle, élastique, dépressible; l'autre très-dure, et occupant les parties postérieure, latérale, et inférieure, avec un examen plus approfondi on s'assure que la tumeur située en avant est globuleuse, lisse, légèrement élastique, caractères qui lui sont communs avec le testicule droit; la pression exercée sur elle n'occasionne pas cette sensation particulière qu'elle fait éprouver, lorsqu'elle est exercée sur des testicules sains. Elle n'est pas douloureuse; l'engorgement volumineux placé en arrière, en bas, et sur les côtés siège sur l'épididyme; cet organe présente surtout à sa partie inférieure une induration très-prononcée, au milieu de laquelle on sent de petites bosselures. Les bords de l'engorgement dépassent le testicule qui se trouve, pour ainsi dire, encadré comme dans une demi lune. Le canal déférent accolé au testicule entre pour une grande partie dans la masse engorgée. Sa partie supérieure, que l'on peut sentir au moment où elle se détache du testicule, est épaissie, plus volumineuse, très-dure, et noueuse; mais avant d'entrer dans l'anneau inguinal, les bosselures disparaissent. — On distingue d'une manière tranchée le testicule de l'épididyme. La tumeur n'est douloureuse, ni spontanément, ni i

à la pression, jamais elle n'a été le siège d'élançements. Les organes respiratoires ne présentent aucune altération; tous les viscères des autres cavités interrogés avec soin paraissent être en bon état.

Les régions inguinales ne présentent aucune trace d'engorgement ganglionnaire; on n'en sent pas non plus dans la fosse iliaque correspondante. Il n'existe pas d'écoulement par l'urèthre; la prostate et les vésicules séminales explorées par le rectum ne fournissent aucune sensation anormale.

Après un examen attentif de la maladie, prenant d'ailleurs en considération le siège, la marche indolente, l'engorgement de l'épididyme du côté opposé, nous avons été convaincu de sa nature tuberculeuse. Le testicule ne pouvant plus servir aux fonctions de la génération, les progrès de la maladie pouvant d'ailleurs agir d'une manière fâcheuse sur la constitution de cet homme, M. Ricord lui a proposé l'amputation qu'il a acceptée sans difficulté.

Opération le 10 juin, 6 jours après l'entrée.

M. Ricord pratique sur la partie antérieure du scrotum, deux incisions partant de la partie supérieure de la tumeur, et se réunissant au dessous de la plaie que nous savons exister à la partie inférieure, de manière à enlever la portion de peau malade; après une courte dissection des parties sous-jacentes, le cordon est isolé de toutes parts, et saisi entre les mors d'une pince, à deux centimètres environ de la tumeur; le cordon ainsi solidement fixé, est coupé d'un seul trait, l'opérateur achève alors de détacher le testicule du reste de ses adhérences; cette dissection est faite de haut en bas. — Avant d'abandonner le cordon, on lie l'artère spermatique, et aussitôt les pinces enlevées, on le voit rentrer dans la plaie, mais à une hauteur qui permet cependant encore de la mettre à découvert. Après la torsion de quelques petites artérioles, M. Ricord réunit les bords de la solution de continuité au moyen des épingles, et de la

suture entortillée. L'opération a été supportée sans aucun signe de douleur. — (Diète. — Limon. gom. suc. Compresses d'eau fraîche maintenues sur la plaie.)

Le malade a été éthérisé au moyen de l'appareil de M. Jules Roux (de Toulon); appareil qui consiste en un sac d'étoffe, doublé à l'intérieur d'une vessie de cochon. Ce sac, que l'on peut ouvrir et fermer à volonté au moyen d'un cordon à coulisse, porte sur une de ses faces une ouverture, qu'on peut fermer au moyen d'un obturateur. On met au fond de l'appareil des éponges imbibées d'éther, et on le dispose de manière à ce que l'ouverture embrasse le nez, la bouche, et le menton; les malades respirent ainsi naturellement, et ne sont point portés à faire des mouvements de déglutition; ils peuvent parler à leur aise sans se déranger. Lorsque l'atmosphère d'éther est trop forte, on enlève l'obturateur pour mêler aux vapeurs une certaine quantité d'air. Cet appareil, que nous devons à l'obligeance de M. Vidal, a parfaitement fonctionné, et le malade est tombé en très peu de temps dans une insensibilité complète.

Pièce anatomique. — Le testicule et l'épididyme sont enveloppés d'une coque celluleuse très-facile à enlever; à la partie inférieure, ces organes sont recouverts par un lambeau de peau sacrifié à cause de son mauvais état.

La tunique vaginale est adhérente dans toute son étendue aux parties qu'elle enveloppe. Ces adhérences sur quelques points, se font au moyen de petites fibres celluluses très-déliées, et peuvent être facilement détruites sans entamer la tunique albuginée. Sur d'autres points, elles sont si intimes, qu'il n'est plus possible d'en faire la séparation, c'est surtout à la partie inférieure. On retrouve dans la tumeur les deux éléments qui avaient été diagnostiqués pendant la vie. L'épididyme, ayant à sa partie inférieure le volume du pouce d'un adulte, présentant au contraire à sa partie supérieure, son volume normal, la moitié inférieure de cet

appendice est très-dure, bosselée et fluctuante sur un point. Une incision faite en cet endroit, donne issue à une grande quantité de pus jaune, crémeux, et en apparence d'une bonne nature; après l'issue de ce liquide, on voit une caverne très-volumineuse, dans laquelle il était contenu, et qui se prolonge par deux cornes, l'une dans le corps de l'épididyme, l'autre dans le canal déférent; ses parois sont très épaisses, et composées d'un tissu blanchâtre très-résistant, d'une apparence fibreuse; sa face interne est parsemée de mamelons, qui, en se réunissant, forment sur quelques points des circonvolutions, on dirait des canaux parcourus dans toute leur longueur de renflements réguliers; ces petits mamelons incisés laissent voir un tissu d'un jaune pâle, et légèrement transparent, présentant ailleurs de petits points jaunes. En pressant en masse cette surface mamelonnée, on en fait sourdre un liquide jaunâtre, et un peu concret, semblable à du tubercule ramolli. Le corps de l'épididyme est plus volumineux qu'à l'état normal; il est décoloré; son tissu paraît d'autant plus dur, qu'on l'examine plus près du foyer purulent; là, il est parsemé de petites granulations blanchâtres comme on en voit dans la péritonite tuberculeuse. La tête ne présente rien d'anormal. — Le corps du testicule est sain dans toute son étendue; son tissu est seulement très-pâle; mais on ne peut y découvrir la moindre altération, la tunique albuginée n'est pas épaissie; elle sert de barrière à la caverne que nous avons constatée vers la queue de l'épididyme. — Le canal déférent, examiné à sa partie inférieure, au point où il se confond avec l'épididyme, est épaissi, bosselé, et très-dur. Ces bosselures incisées laissent échapper une petite quantité de pus, renfermé dans des foyers circonscrits; ce pus offre le même aspect que celui qui était renfermé dans l'épididyme. Le tissu fibreux d'enveloppe est aussi très-épaissi et très-dur. Enfin, au moment où le canal déférent s'isole du testicule, il n'a plus que le volume d'une plume à écrire;

là il est encore bosselé ; l'ouverture qu'il présente à son extrémité est très-petite, arrondie et béante. Une pression exercée sur le trajet de ce conduit, fait sortir par son ouverture une matière très-épaisse, et bien évidemment grumeleuse. — Les bosselures qu'on remarque sur la paroi externe ne sont autres que de petits foyers tuberculeux communiquant avec le conduit spermatique. — La partie inférieure de l'épididyme est recouverte de bourgeons charnus, fongueux, végétants, qui se présentaient au fond de la plaie du scrotum ; ces bourgeons ne communiquent pas avec l'intérieur de l'épididyme et sont implantés sur sa face externe ; quelques-uns sont évidemment infiltrés d'une matière jaunâtre qui ressemble à la matière tuberculeuse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 12 (Décembre 1847).

révisé

Par MM. BARTH, BROCA, COURTIN, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, A. DEVILLE, MACQUET, MAILLIOT,
PIGNÉ, POUMET, RICHARD et THIBAUT, secrétaire.

SOMMAIRE.

A. Extrait des procès-verbaux des Séances de la Société. —

1. Anévrysmes de l'aorte. — 2. Kystes séreux de la mâchoire inférieure. — 3. Amputations spontanées chez un nouveau-né. — 4. Arthrite. — 5. Corps étranger dans la vessie. — 6. Végétations sous-muqueuses de l'estomac. — 7. Diabète. — 8. Fracture du col du fémur. — 9. Hypertrophie de la muqueuse intestinale. — 10. Kystes ovariens, col utérin très-long. — 11. Tumeur sanguine. — 12. Fracture de la colonne vertébrale. — 13. Tumeur blanche du genou. — 14. Communications des vaisseaux sanguins et lymphatiques. — 15. Anomalie des troncs qui naissent de l'aorte. — 16. Kyste de l'ovaire. — 17. Tumeur adhérente à la surface du poulmon. — 18. Névrome. — 19. Tumeur de la cuisse. — 20. Calcul salivaire. — 21. Concrétions veineuses. — 22. Tumeur cancéreuse de la poitrine. — 23. Matière de nature douteuse rendue par les selles. — 24. — Tumeur sanguine. — 25. Dilatation du sinus maxillaire. — 26. Affection des voies urinaires. — 27. Tubercules du cœur. — 28. Déchirure du poulmon. — 29 Affections du tissu osseux. — 30. Atrophie du col de l'utérus. — 31. Luxation ancienne de la

première phalange du ponce. — 32. Pyélie calculeuse. — 33. Luxation de la première pièce du sternum. — 34. Dilation du cœur sans hypertrophie. — 35. Carie de la première phalange du ponce. — 36. Observation sur l'éthérisation. — 37. Fracture du col du radius avec décollement et luxation de l'épiphyse. — 38. Moignon d'un membre amputé depuis six ans. — 39. Foie d'un enfant mort de scarlatine. — 40. Yeux d'un homme atteint de deux cataractes lenticulaires. — 41. Ankylose de la hanche. — 42. Cas remarquable d'anencéphalie. — 43. Tumeur cancéreuse du médiastin antérieur. — 44. Tumeur de la protubérance annulaire. — 45. Mal vertébral de Pott. — 46. Fracture transversale de la rotule. — 47. Tumeur blanche du genou. — 48. Cancer épithélial de la lèvre inférieure. — 49. Symphyse pubienne d'une femme morte cinq jours après l'accouchement. — 50. Cancer de l'extrémité supérieure du fémur. — 51. Hernie inguinale étranglée par le collet du sac.

B. — Séance annuelle.

C. — Table des matières contenues dans le 22^e volume.

D. — Liste des auteurs des observations et des présentateurs de pièces.

E. — Scrutins.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société anatomique.

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. — *A. — M. Leudet* montre un exemple d'anévrisme de la crosse de l'aorte. — Un homme âgé de 49 ans, employé depuis 9 ans à la manufacture de Sèvres, entre, le 30 novembre 1846; à l'Hôtel-Dieu, service de M. Chomel.

Il est habituellement d'une bonne santé; sa profession était

pénible; ayant à pétrir la pâte de caolin, destinée à la confection de la porcelaine. De plus, il portait fréquemment sur l'épaule gauche des fardeaux dont le poids atteignait quelquefois 150 livres. Le malade ne s'aperçut d'une douleur dans l'épaule gauche qu'au commencement de mars 1846 : il cessa son travail vers le 12 mars et demeura inactif jusque vers le milieu d'avril. Depuis cette époque jusqu'en septembre, le malade s'occupa de travaux moins fatigants. Il fut soigné à Sèvres par un médecin qui pratiqua deux saignées, et fit frotter l'épaule et les régions sus et sous-claviculaires avec un corps gras que le malade ne peut nommer. — Une tumeur apparut en octobre à l'extrémité interne de la clavicule; le malade y fit peu d'attention. — Nous vîmes le malade, pour la première fois, au commencement de janvier; à cette époque, on avait déjà pratiqué trois larges saignées jusqu'à défaillance. La tumeur, soulevant l'extrémité interne de la clavicule désarticulée, avait alors 6 centimètres de circonférence en travers, 5 en hauteur; elle était le siège de battements doubles; elle est élastique, douloureuse à la pression; on entend deux battements qui coïncident avec ceux du cœur. — Le cœur était plus volumineux; un bruit de souffle intense couvrait le premier bruit et s'étendait jusque dans la tumeur. Pas d'impulsion. — *Respiration normale.* — Pas de phénomènes de compression du côté de l'œsophage ou de la trachée. — En arrière, vers le milieu de la colonne dorsale, la tête est soulevée par des battements forts, doubles, qui sont perceptibles à la main et même visibles à l'œil. — Les mouvements d'extension de l'avant-bras gauche, sur le bras, sont impossibles, ainsi que l'élévation et l'abaissement de l'épaule. — Les battements des deux radiales n'offrent aucune différence. — Les fonctions digestives n'offrent aucun dérangement. Le malade mange deux portions.

Pendant le mois de janvier, le malade est pris de symptômes de pneumonie, râle crépitant fort avec souffle, bronchophonie, crachats sanguinolents aérés. A deux jours d'intervalle, on pratique deux saignées de trois palettes. Au commence-

ment de février, les accidents de la pneumonie avaient complètement disparu. — La tumeur augmente graduellement de volume, s'élevant hors du thorax. Les battements conservent les mêmes caractères. — Le 11 mars, la tumeur avait 0^m, 125 de largeur et 0^m, 114 de hauteur. Les battements étaient par moment lancinants, arrachant au malade des cris violents. — Dans le courant du mois de mars, six saignées pratiquées enlèvent au malade près de 2 kilogrammes de sang : il tombe dans une faiblesse extrême; il survient de la diarrhée. Tout mouvement du bras gauche est impossible.

Au commencement d'avril la tumeur augmente encore, les deux clavicules sont désarticulées, les mouvements qu'on leur impose déterminent les plus vives douleurs. La peau qui recouvre le sac est amincie, rouge dans deux points. Il survient un peu de dysphagie : point de difficulté de la respiration.

Mort le 22 avril. — A l'autopsie, on trouve le cerveau, les poumons sains, ainsi que le tube digestif.

Le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'état normal; les parois du ventricule gauche un peu épaissies; l'ouverture de l'aorte a 0^m, 091; les valvules offrent quelques ossifications, il y a insuffisance.

L'aorte est dilatée; à 0^m, 02 de son origine, elle a 0^m, 132 de circonférence; à 0^m, 06 au-dessus du cœur, 0^m, 14

Les tuniques sont altérées; la membrane interne est détruite dans beaucoup d'endroits par des ossifications plus nombreuses dans l'aorte descendante que dans l'ascendante. — Au sommet de la crosse de l'aorte, le doigt pénètre dans une ouverture presque oblitérée par des caillots fibrineux, et arrive dans l'intérieur du sac anévrysmal. — L'ouverture régulière a la grandeur d'une pièce de cinq francs

Le sac, mesuré extérieurement, a 0^m, 24 de largeur, 0^m, 21 en hauteur. La peau qui le recouvre est amincie dans deux endroits; dans l'un, il est impossible de séparer ces deux tissus sans produire de déchirure. — Au-dessous de la peau, on trouve les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-cléidomastoïdiens élargis

au-dessus de la tumeur. Au-dessous d'eux, on ne trouve qu'une paroi mince de nature séreuse qu'on rompt très-facilement. — Le sac contenait, dans les deux tiers de sa capacité environ, des caillots noirâtres, mous, résultant évidemment de la coagulation du sang après la mort; puis, à la partie inférieure, des caillots fibrineux anciens disposés en couches autour d'un petit point central.

Dans le sac on trouve libres les extrémités des deux clavicules usées et privées de cartilages. — La première côte est également désarticulée. — Au niveau du commencement de l'aorte descendante, on trouve dans un point ce vaisseau intimement adhérent à la colonne vertébrale. Les parois artérielles sont détruites, et un bouchon fibrineux assez dur sépare la cavité artérielle du corps osseux des vertèbres, usé dans la moitié de son épaisseur, présentant le tissu spongieux à nu; les fibro-cartilages interarticulaires font saillie au milieu des os usés.

Le plexus brachial gauche est comprimé par la tumeur; mais ses branches n'ont subi aucune altération organique; il y a seulement un peu d'aplatissement.

Point d'usure des anneaux de la trachée ou des bronches qui ont fui devant la tumeur.

Les autres troncs artériels, les carotides, le tronc innominé, les sous-clavières ne présentent pas de dilatation anormale.

B. — Le même membre présente un nouvel exemple d'anévrysme de l'aorte avec usure du sternum.

Pottin (Jean-Claude), mâçon, âgé de 63 ans, d'une bonne constitution, à muscles bien développés, entre, le 5 juin 1847, à l'Hôtel-Dieu (M. Chomel). Il n'avait jamais éprouvé, jusqu'à il y a un an environ, des battements de cœur, ni d'oppressions. A cette époque il fut enseveli sous un éboulement de terre; les seules conséquences de cet accident furent quelques contusions des membres; peu de temps après, sans avoir éprouvé antérieurement aucune douleur, aucune gêne, il ressentit, le 14 juillet 1846, en soulevant une pierre d'un poids assez considérable; une douleur, en même temps qu'un craquement au niveau de la

deuxième côte droite; quelques jours après, il s'aperçut d'une petite tumeur à cet endroit. Le malade, qui paraît s'inquiéter fort peu de sa santé, ne peut se rappeler quels étaient les caractères principaux de cette tumeur; il assure seulement qu'elle était indolente. Jusqu'au milieu du mois de mai 1847, la tumeur prit très-peu de développement; aucun médecin ne fut consulté, et le malade continua ses travaux; dans l'espace de 15 jours environ, elle prit un tel développement que le malade, gêné plutôt par son volume que par les douleurs qu'elle déterminait, entra à l'hôpital sans avoir jamais éprouvé de dysphagie, de dyspnée intense, ni d'altération dans la voix.

Le 6 juin 1847, l'état général ne présente rien d'anormal; les fonctions se font bien; le cœur n'offre pas d'augmentation de volume; à la percussion, ses battements sont normaux, pas de frémissement cataire. Le premier temps du cœur est recouvert par un léger bruit de souffle, surtout marqué à la base et se prolongeant un peu dans l'aorte. La respiration, un peu bruyante dans les deux poumons, est mêlée de râles de bronchite.

La tumeur anévrysmale occupe la partie supérieure du sternum, et force le malade à tenir la tête un peu penchée en arrière et à gauche. Cette tumeur, qui dépasse la ligne médiane des deux côtés, s'étend plus à droite qu'à gauche. Au niveau des deux clavicules, elle présente en haut, en suivant ses contours, 0^m, 2 de largeur; à la partie inférieure, c'est-à-dire au niveau de la deuxième côte, la largeur n'est que de 0^m, 15. — De haut en bas elle mesure une circonférence de 0^m, 19. — La forme de la tumeur est un demi-sphéroïde irrégulier. On distingue trois bosselures, une supérieure, qui correspond au point où le menton appuie sur elle; à ce niveau, la peau est rouge, circonstance qui s'explique par le frottement. Plus bas deux autres bosselures existant à l'endroit qui correspond aux clavicules. — La peau qui recouvre la tumeur n'offre de rougeur qu'au niveau de la bosselure supérieure. Les téguments sous-jacents paraissent épais et un peu cedématisés. La pression exercée par le doigt sur la tumeur y laisse une empreinte évi-

dente; elle n'est pas douloureuse. — Battements doubles peu clairs, le premier beaucoup moins net que le second, complètement isochrones aux deux temps du cœur. — Aucun phénomène de compression; les mouvements des bras sont normaux; appétit bon, le malade mange une portion. Avant son entrée à l'hôpital, il n'a été soumis à aucun traitement. En examinant le thorax en avant comme en arrière, on ne trouve point de pulsations ou de battements anormaux.

Ajoutons aux antécédents exposés plus haut qu'il y a vingt ou vingt-cinq ans, il éprouvait des douleurs rhumastimales siégeant dans les deux épaules le plus souvent, et qui plusieurs fois l'ont forcé à interrompre ses travaux; il n'en a pas ressenti depuis longtemps.

Le 9 juin, on pratique une saignée de 250 grammes; le sang n'est pas couenneux, le caillot est petit. Le malade se plaint uniquement du volume de sa tumeur, puis de la difficulté qu'il éprouve à rejeter des crachats qui l'incommodent beaucoup. Cette expectoration est peu abondante, épaisse, visqueuse; pouls extrêmement faible.

Le 10 juin, même état; le malade s'est levé toute la journée. Le 11 juin, à six heures, il parlait à l'infirmier; une heure plus tard, quand on s'approcha de son lit, on le trouva mort, sans qu'il eût poussé aucun cri, fait aucun mouvement violent ou rendu aucun liquide par la bouche, le nez ou l'anus.

Autopsie le 12 juin. — A peine un peu de rigidité cadavérique. — La tumeur présente extérieurement les dimensions et les caractères signalés plus haut.

La plèvre contient des caillots noirâtres, mous, sans trace d'organisation, remplissant cette cavité dans ses deux tiers au moins; ces caillots pagent au milieu d'une sérosité rougeâtre. Le poumon droit est refoulé contre la colonne vertébrale et en haut; il adhère à sa partie supérieure au sac anévrysmal. — Dans ce point, on découvre une ouverture ayant la largeur d'une pièce de 25 centimes environ, bouchée incomplètement par un caillot rougeâtre fibrineux; à droite de cette ouverture, le poumon est

appliqué dans une étendue de 4 centimètres environ contre la paroi inférieure du sac à laquelle il adhère intimement. — Le poumon présentait à son sommet et au bord tranchant du lobe supérieur, un peu d'emphysème. Il est aéré, crépitant, un peu rougeâtre en arrière et en bas. — Le poumon gauche n'offre de remarquable qu'une caverne tuberculeuse du volume d'une noisette siégeant au sommet; puis trois ou quatre tubercules cré-tacés.

Le cœur n'est point hypertrophié; les orifices sont sans altération marquée; les valvules aortiques présentent de petits noyaux osseux au niveau de leur bord libre.

Circonférence de l'orifice aortique, 0^m, 086.

Le calibre de l'aorte, à 0^m, 03 au-dessus de sa naissance, est de 0,11 en circonférence interne. Dans sa partie ascendante, la surface interne du vaisseau présente des taches blanchâtres; sa tunique interne les recouvre par plaques. Quelques petites concrétions ossiformes existent à l'état de plaques étendues dans l'aorte descendante; dans cette partie du vaisseau les concrétions sont nombreuses; à leur niveau on trouve la membrane interne éraillée. — A la crosse de l'aorte, avant la naissance du tronc brachiocéphalique, se trouve l'orifice du sac anévrysmal assez irrégulier offrant une circonférence de 0^m, 17 bouché par des caillots fibrineux mêlés à des caillots noirâtres. — Le tronc brachiocéphalique passait derrière la tumeur entre elle et la colonne vertébrale; il avait une longueur de 0^m, 075; des ossifications existaient dans son trajet comme dans les autres vaisseaux; le calibre était un peu augmenté. — La carotide gauche et la sous-clavière ne présentaient rien d'anormal. — Les veines étaient saines, gorgées de sang noir. — Les nerfs n'offrent rien de remarquable. — L'arbre aérien déjeté un peu en dehors et à gauche n'offre aucune altération de structure; il en est de même de l'œsophage.

La peau qui recouvrait la tumeur était facile à séparer des tissus sous-jacents : au-dessous d'elle, on trouve des muscles amincis dont on peut suivre quelques fibres comme appartenant

aux pectoraux et au sterno-mastoïdien. — Ils adhèrent intimement à la membrane séreuse qui forme la paroi interne et se continue avec la séreuse artérielle. — La paroi interne du sac est revêtue de dépôts fibrineux épais et nombreux : à sa partie inférieure et droite, on trouve, appliqué contre sa paroi, un morceau du cartilage de la première côte libre par ses deux extrémités, taillé en biseau, aux dépens de son bord supérieur ; la première côte fait saillie dans le sac. — La clavicule droite est séparée en deux fragments : l'interne adhère à l'articulation sternale qui n'est point altérée ; le fragment externe pénètre dans le sac ; l'extrémité libre de ce fragment est taillée en biseau aux dépens de la face inférieure, à ce niveau le tissu compacte est complètement détruit, le tissu spongieux à nu, sans trace de suppuration. La partie supérieure du sternum, au niveau de la fourchette, a perdu son tissu compact ; on trouve à nu le tissu spongieux irrégulier.

La tumeur contenait dans sa partie supérieure des caillots noirâtres, au-dessous desquels se trouvaient plusieurs masses fibrineuses blanchâtres, stratifiées autour de petites cavités centrales distendues par du sang noir.

Au centre d'un des caillots inférieurs, on trouve une cavité ayant environ 0^m,125 de long sur 0,10 de largeur, tapissée par une membrane blanchâtre offrant des stries et des rides circulaires, sans vaisseaux visibles à la surface ; par la dissection on sépare, au-dessous de cette membrane, deux autres couches parfaitement semblables.

Le tube digestif était sain. Le foie, peu volumineux, contenait peu de sang.

Les reins volumineux, blanchâtres, à leur surface externe, étaient un peu bosselés ; la substance corticale légèrement hypertrophiée, sans plaques ou piqueté rougeâtre.

Cerveau sain.

C. — M. Follin montre un cas d'*Anévrisme de la crosse de l'aorte, avec oblitération des troncs aboutissant à la veine-cave supérieure, et d'une portion de cette veine.*

On voit donc que le côté droit du thorax n'est le siège d'aucun bruit de souffle, ni d'aucun soulèvement systolique.

Rien dans la région sus-claviculaire droite. On trouve un peu de gonflement au niveau du confluent de la veine jugulaire droite et de la sous-clavière, gonflement qui n'existe pas à gauche. — Point de pouls veineux dans la jugulaire. — Point d'exostose de la clavicule, point de douleurs ostéocopes. — Point de céphalalgie. — La déglutition n'est pas difficile, et les autres fonctions s'accomplissent bien. — A l'examen de tous ces symptômes, nous songeâmes à une tumeur qui comprimait la veine-cave supérieure; les antécédents, l'absence de tout bruit à l'auscultation, peut-être même le désir de sauver le malade, nous firent un instant songer à une exostose de la colonne vertébrale. On mit d'abord cet homme à l'iodure de potassium, à la dose de deux grammes par jour. — Quelques jours après les veines du moignon de l'épaule gauche, se développent davantage; l'ecchymose de la face antérieure de la poitrine devient plus marquée, et le malade accuse une douleur assez vive sur le côté droit du thorax.

On continue encore l'iodure de potassium et l'on fait des frictions mercurielles sur la poitrine.

2 avril. Les bourses s'œdématisent; la dyspnée augmente; on cherche à la faire disparaître à l'aide d'une saignée du pied, la saignée du bras étant impraticable à cause de l'œdème. La salivation étant survenue, on cesse les frictions mercurielles et l'on supprime l'iodure de potassium.

Enfin, le 12 avril, les symptômes dyspnéiques s'aggravent; un fort accès de fièvre survient; la déglutition est difficile; la luette, les piliers du voile du palais, le fond du pharynx sont rouges et œdémateux. Le visage prend une teinte terreuse. La respiration devient sèche, rude, sifflante. L'expectoration reste insignifiante. La peau est chaude, le pouls petit et fréquent. Les bras sont moins gonflés.

Des émissions sanguines au col, une potion stibiée, des révulsifs aux jambes ne peuvent arracher le malade à la

mort, et il succombe avec des symptômes d'asphyxie, sans qu'il soit possible de préciser la nature et le siège de sa maladie.

Autopsie. — L'examen du cadavre ne nous montre pas une grande différence avec ce que le sujet présentait aux derniers instants de la vie. — La coloration bleuâtre de la face antérieure de la poitrine n'a pas disparu. Les bras, le cou et le visage sont dégonflés. Point d'œdème des bourses.

La poitrine est ouverte de bas en haut. Après avoir soulevé le plastron sterno-costal, nous apercevons sur la région latérale droite de la cavité thoracique, en avant de l'origine des gros vaisseaux et à la face interne du poulmon droit *une tumeur* haute de 14 centimètres, large de 11, assez régulièrement ovulaire. — La paroi antérieure de cette tumeur adhère par quelques brides celluleuses à la face interne des quatre premières côtes et de la portion avoisinante du sternum; c'est là qu'existait à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, une voussure; c'est là aussi qu'un de nos collègues et amis, M. Mazet, croirait avoir entendu du bruit de souffle et perçu un mouvement d'expansion.

La tumeur ne fait pas saillie et offre les rapports suivants :

En avant elle est en rapport avec les côtes et les espaces intercostaux du côté droit ;

A droite, elle répond à la face interne du poumon droit, à laquelle elle est unie par des adhérences, dont nous sommes parvenus toutefois à l'isoler. De ce côté on aperçoit quelques bosselures ;

En dedans, elle répond à la partie convexe de la crosse aortique dont elle est une dépendance ;

En bas elle est en rapport avec le côté droit de la face supérieure du cœur ;

En haut, elle est limitée par la première côte et ne fait point saillie dans la région sus-claviculaire.

Le cœur a 11 centimètres de sa base à son sommet ; à sa base on en trouve onze. — Les parois du ventricule gauche ne sont pas hypertrophiées ; mais il y a une dilatation de la cavité. —

Le ventricule droit offre les mêmes altérations que le gauche. Il n'y a rien aux orifices.

Dès son origine, l'aorte se dirige en haut et à droite. — A deux centimètres au-dessus du point où elle sort du cœur, elle présente comme dilatation la tumeur que nous venons de décrire. — C'est ce que démontre un examen plus circonstancié. En effet, une dissection minutieuse fait constater la continuation des tuniques de l'artère avec le sac anévrysmal. Reste à indiquer l'état du péricarde.

Le péricarde qui contenait dans sa cavité un peu de liquide roussâtre, a pu être suivi sur la tumeur dans une assez grande étendue. — Au-dessous de cette membrane protectrice, on constate la présence de la tunique élastique.

L'aorte étant coupée, montre le diverticulum qui forme la tumeur ; il communique avec le reste du calibre du vaisseau, par un large orifice de six centimètres de hauteur. — La première portion de ce diverticulum est pleine seulement de sang noir, récemment coagulé ; le reste est rempli par une masse jaunâtre, stratifiée qui ressemble à de la fibrine décolorée.

Le tronc brachio céphalique, qui naît juste au-dessus de la tumeur, est libre ainsi que le sommet de la crosse aortique.

La face antérieure de l'aorte est parsemée de plaques d'un blanc jaunâtre, qui font une légère saillie à l'intérieur ; au niveau de ces points et dans d'autres, elle présente des épaissements partiels. — Sur un point de l'aorte descendante, il existe une dépression anévrysmale de la grosseur d'un petit pois.

Les deux veines sous clavières et les deux jugulaires internes sont plus volumineuses qu'à l'état normal, et forment des cordons qui ont jusqu'à un centimètre et demi d'épaisseur ; elles sont entourées d'un tissu cellulaire dense qui en rend la dissection difficile. — Incisées, ces veines nous offrent à l'intérieur des caillots sanguins noirs ou décolorés, et qui, dans différents points, adhèrent intimement aux parois vasculaires. Cette coagulation s'étend dans les veines qui suivent l'artère brachiale, et cela jusqu'au pli du bras.

Point d'infiltration aëreuse dans les membres supérieurs. — Les veines superficielles sont libres.

Le tronc veineux brachio-céphalique du côté droit est entièrement oblitéré par un *caillot en voie d'organisation* et qui adhère intimement aux parois vasculaires. — Ce caillot se rend à la *veine cave supérieure qui est également oblitérée jusqu'au niveau de l'azygos*. — La fin de l'oblitération de la veine cave supérieure a lieu en haut, en arrière et à droite de la tumeur, au-dessus de l'entrée de l'azygos dans cette veine. De ce point jusqu'au cœur, la veine cave est libre.

Aucune altération dans les nerfs pneumogastriques.

Les deux poumons sont crépitants, très-légèrement œdématisés, sans trace de pneumonie, écume bronchique très-abondante dans la trachée et les bronches.

— Cette observation est curieuse à plus d'un titre. Le fait capital qui la domine c'est l'oblitération de la plus grande partie du système de la veine cave supérieure, et le rétablissement de la circulation par l'azygos. L'azygos joue ici le rôle de veine supplémentaire; c'est une sorte de canal collatéral qui relie par des anastomoses la circulation de la tête avec la portion inférieure de la veine cave supérieure. On sait que la veine azygos, outre la bronchique droite, quelques veines œsophagiennes et médiastines, reçoit à droite les huit dernières veines vertébro-costales droites; à gauche la demi-azygos et le tronc commun des veines intercostales supérieures gauches. Ces veines des parois thoraciques communiquent par des anastomoses avec les veines sous-cutanées du cou, de la tête et des membres supérieurs. Ainsi a dû, dans le cas que nous rapportons, se rétablir la circulation veineuse de ces parties: il est facile d'expliquer de la sorte le développement des veines sous-cutanées. — C'est par un mécanisme analogue, mais inverse, qu'on a vu dans des cas où la veine cave inférieure était transformée en une corde fibreuse, le sang revenir par les veines lombaires, passer de là dans l'azygos qui le conduisait au cœur. — Mais les cas

d'oblitération de la veine cave inférieure ne sont pas rares dans la science. Pour mon compte, j'en ai vu plusieurs exemples dans le service de M. Trousseau sur des femmes mortes à la suite de *Phlegmasia alba dolens*. Les Bulletins de la société anatomique renferment sur cette sorte de phlébite de précieux renseignements. — Les cas d'oblitération de la veine cave supérieure sont loin d'être aussi fréquents. Hodgson a écrit dans son livre : « Il n'est pas encore venu à ma connaissance qu'on ait jamais rencontré la veine cave supérieure complètement oblitérée » (*Malad. des Artères, etc., tome 2, p. 480*). Toutefois il cite, d'après Hunter, un cas de rétrécissement considérable de la veine cave supérieure qu'une tumeur anévrysmale de l'aorte avait comprimée.

M. Breschet assure qu'on trouve dans le Muséum de la Faculté une pièce modelée en cire qui représente une concrétion polypeuse formée dans la veine cave supérieure, se prolongeant dans la sous-clavière et les jugulaires, et oblitérant le canal de ces vaisseaux aux parois desquels elle adère.

M. P. H. Bérard rapporte, à l'article azygos du Dict. de méd. (tome 4, page 522), un fait qui se rapproche du nôtre par un point : sa solidarité supplémentaire de l'azygos, mais qui en diffère par la marche que suit le cours du sang pour retourner au cœur : Un homme âgé de 25 ans, entra à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une maladie qui présentait la plupart des symptômes d'une dilatation passive des cavités droites du cœur : suffocation habituelle, dilatation des veines cervicales superficielles, pouls faible, infiltration des membres supérieurs, pâleur sublivide du visage. — A l'ouverture du cadavre, on trouva la veine cave supérieure oblitérée, depuis son insertion dans le cœur jusqu'à une ligne au-dessous de l'orifice de la veine azygos, par une tumeur lisse, blanche, molle, élastique, analogue à un polype, naissant des parois de la veine cave; la veine azygos était plus que quintuplée de volume. Toutes les branches qui aboutissent aux divers points de sa longueur, et surtout ses deux branches inférieures, offraient une

dilatation semblable. — Il est certain que chez cet homme tout le sang revenant de la tête et des membres supérieurs était porté par la veine azygos dans la veine cave inférieure; le cœur était parfaitement sain.

M. Regnaud a vu la veine cave supérieure, rétrécie par la compression que lui avait fait éprouver un sac anévrisimal, présenter à son intérieur des brides analogues à celles qui unissent dans quelques circonstances le poumon à la plèvre costale. — (*Journ. hebd. de Méd., tome 2, page 112.*)

Rapprochée de tous ces faits, notre observation servira à éclairer un point important des oblitérations veineuses, l'état éléphantique des bras, du cou, de la tête viennent à l'appui de l'opinion de M. Bouillaud, qui attribue à l'oblitération des veines l'éléphantiasis des Arabes.

D. — M. Faton présente un *anévrisme mixte de la portion ascendante de la crosse aortique*.

Le 7 juin 1847 fut admis à la Charité, salle Saint-Louis, n° 6 (service de M. Briquet), Messin (Pierre) âgé de 38 ans, chapelier, de taille moyenne, assez fort, lymphatico-sanguin, de bonne santé habituelle.

Il a eu à l'âge de 18 ans, une affection syphilitique grave qui a duré deux ans, et pour laquelle il a subi un traitement mercuriel.

Il était bien portant lorsqu'il y a un an, il reçut une contusion assez forte sur la fosse sus-épineuse droite; cette contusion fut suivie d'une douleur dans le dos et dans le membre supérieur droit, laquelle douleur gênait un peu le malade dans ses travaux. — Trois semaines après cette contusion, il porta en élevant et en tendant fortement les bras, un fardeau un peu lourd. A l'instant même, il éprouva une sensation de craquement et de déchirement à l'union de la deuxième côte droite avec son cartilage. — Au bout de quelques jours, il constata qu'il existait en cet endroit une petite saillie grosse comme une noisette. Cette saillie, au dire du malade, a persisté jusqu'à il y a deux mois, sans éprouver de modification ni dans son siège.

ni dans son volume. Dans cet intervalle de dix mois écoulés depuis l'apparition de la tumeur, il n'y a point eu de douleur à l'endroit de la tuméfaction, pas la moindre gêne de respiration; pas de palpitations; point de sensations particulières dans le côté droit du thorax. Seulement une douleur permanente le long du bord interne de l'aisselle et de la partie interne du bras. Cette douleur était continue et s'étendait dans tout le bras et l'avant-bras, avec un peu de fourmillement dans cette dernière partie ainsi que dans la main. Toutefois cette douleur avait fini par diminuer un peu, et le malade pouvait prendre un peu de sommeil dont il avait été privé presque entièrement pendant les trois ou quatre premiers mois. La faiblesse dont était alors accompagnée cette sensation douloureuse s'était aussi dissipée en grande partie et avait permis au malade de reprendre ses travaux. Il y a deux mois, sans cause appréciable, la petite tumeur, qui était restée jusque-là stationnaire, prit un développement rapide, et arriva en cinq ou six semaines au volume qu'elle offre aujourd'hui. Elle devint en même temps le siège d'une sensation de chaleur âcre sans battements remarquables par le malade. — Voici tout au plus une quinzaine de jours que la respiration a commencé à devenir gênée; il est survenu de la toux depuis huit jours seulement. Il y a un mois, que la dilatation des veines du cou et le développement d'un réseau veineux à la base de la poitrine ont attiré l'attention du sujet. Depuis quinze jours environ, apparition de l'œdème du membre supérieur droit; commençant par le bras, s'étendant ensuite à l'avant-bras, puis à la main. Depuis une semaine le volume de la tumeur semble avoir cessé d'augmenter; la douleur brûlante que le malade y ressentait a sensiblement diminué.

Pas de traitement.

A son entrée, le malade est dans l'état suivant:

Pas d'amaigrissement notable, figure calme, non œdématiée, décoloration normale, sans signe de congestion veineuse. — Point de céphalalgie ni de vertiges. De temps en temps, après des quintes de toux, un peu de sifflement et de bourdonnement dans les oreilles.

Sur la paroi antérieure droite du thorax, depuis la clavicule jusqu'au mamelon et latéralement depuis le bord droit du sternum jusqu'au bord antérieur de l'aisselle s'élève une tumeur hémisphérique d'un pouce et demi de saillie à son centre. La peau est lisse et à peine changée de couleur ; sous elle rampent quelques veines violacées. A la simple vue, cette tumeur paraît animée d'un mouvement d'expansion qui coïncide exactement avec la systole du cœur ; par l'application de la main, on perçoit très-nettement et dans tous les sens un double battement tout à fait analogue et isochrone à ceux du cœur. Le premier coïncide avec le soulèvement de la tumeur : à l'auscultation, ces battements donnent lieu à deux bruits : le premier dur et très-court, le second clair et comme métallique. Le premier est accompagné en outre d'une très-forte impulsion et d'une tension assez considérable des téguments. En avant et au-dessous de la tumeur, le tissu sous-cutané est légèrement œdémateux. Immédiatement au-dessous de la clavicule et dans l'étendue d'un travers de doigt en hauteur, le son est manifestement obscur sans être aboli. Une matité absolue le remplace plus bas jusqu'au niveau du mamelon où se termine la tumeur. A partir de ce point et en descendant toujours vers la base du thorax, le son reparaît, mais avec le même caractère que ci-dessus. On ne distingue d'expansion vésiculaire ni en haut, ni en bas. Le côté gauche de la poitrine paraît être à l'état normal. A peine de la matité à la région du cœur ; expansion vésiculaire très-forte mêlée d'un peu de râle muqueux. — Bruits du cœur normaux quant à leur timbre et quant au siège qu'affectent respectivement leurs maximums d'intensité. Le premier bruit donne à peine de l'impulsion. Bruits également normaux le long du sternum. — Dans la carotide droite, bruits artériels normaux ; seulement le premier bruit est un peu faible. Dans la carotide gauche on perçoit les mêmes phénomènes ; seulement le premier est un peu plus fort que du côté opposé. Point de locomotion appréciable des artères du cou.

Dans la partie postérieure du thorax on ne constate aucune

déformation. A droite, depuis le milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'en bas, tant en arrière que sur le côté, son assez obscur surtout en haut. *Dans la fosse sus-épineuse et la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse, respiration comme cavernueuse avec un peu de retentissement de la voix le long de la gouttière vertébrale.* Vers le milieu de celle-ci, tantôt expansion vésiculaire, tantôt respiration comme ci-dessus et retentissement de la voix ; Ailleurs apnée. Le double battement de la tumeur s'entend avec éclat métallique dans la moitié supérieure de ce côté. A gauche son normal ; dans la fosse sus-épineuse expansion vésiculaire un peu large dans les deux temps ; partout ailleurs respiration pure et puérile.—La partie postérieure du tronc est sillonnée de nombreuses veines dilatées.

Respiration habituellement gênée et un peu râlante ; décubitus dorsal impossible ; raucité notable de la voix ; un peu de toux suivie d'une expectoration peu abondante, muqueuse et opaque ; essoufflement rapide lors de la marche ; sensation habituelle d'un poids dans la partie droite du tronc. Le malade ne perçoit point de battements dans la tumeur, même lorsqu'il est sous l'influence de quelque émotion, ou qu'il se livre à un mouvement brusque,

Pouls régulier, de force ordinaire, de même consistance aux deux radiales, 100 pulsations : 24 inspirations. Teinte un peu violacée de la peau des membres supérieurs avec un peu d'œdème des mêmes parties, surtout du côté droit. — Douleurs très-fréquentes, non continues dans le membre supérieur droit ; fourmillements dans les derniers doigts de ce côté. — Membres inférieurs à l'état normal, chaleur normale à la peau.

Abdomen un peu distendu, quoique souple, appétit conservé, digestions régulières.

Dans l'intervalle des deux premiers jours du séjour à l'hôpital, l'état général et local ne subit aucun changement. — Deux saignées furent pratiquées ; le sang fut légèrement couenneux. — Lotions de décoction de noix de galle sur la tumeur.

Dans la nuit du 10 au 11, surcroît d'oppression arrivant

presque subitement. En même temps réapparition dans le membre supérieur droit de douleurs vives et affectant le même siège et le même caractère que celles déjà signalées. OEdème général de tout le membre. Dans toute la région antérieure droite de la poitrine, sentiment de gêne et de chaleur. Horripilations se renouvelant fréquemment dans le cours de la nuit ; ce matin seulement la chaleur commence à revenir aux extrémités. — La tumeur est manifestement plus volumineuse et plus tendue que les jours précédents ; les doubles battements paraissent accompagnés d'une impulsion plus forte sans aucun bruit anormal. Respiration sifflante. Pouls raide et plein, à 92. (Nouvelle saignée).

Insensiblement les accidents généraux s'amendent, mais sans que la tumeur subisse de modifications.

Le 15, à 2 heures du matin, le reste de la nuit s'étant passé comme de coutume, le malade est trouvé mort dans son lit, sans qu'il ait fait entendre aucune plainte, ni attiré en quoi que ce soit l'attention des surveillants.

Autopsie, 30 heures après la mort. — La paroi thoracique antérieure ayant été détachée avec précaution autour de la tumeur et à une assez grande distance de celle-ci, on découvre dans la portion de cavité thoracique correspondant à la saillie extérieure une tumeur comprise entre les deux lames du médiastin. Cette tumeur, du volume du poing, adhère par une large base à la paroi thoracique, et se continue avec la portion ascendante de la crosse de l'aorte ; elle est située tout à fait à droite du sternum, laissant presque entièrement à découvert le faisceau des gros vaisseaux qui procèdent de la base du cœur. Celui-ci ne paraît pas sensiblement déplacé, et n'empiète pas sur le poumon gauche. Le péricarde ne semble pas tirailé à ses insertions diaphragmatiques, ni dans ses prolongements sur les gros vaisseaux. Il contient du reste une proportion de sérosité assez notable pour être évaluée à quelque chose de plus qu'un état purement cadavérique. Le poumon gauche a son étendue et son volume normaux. *Sur la partie du contour de la tumeur*

qui regarde directement en dehors et à droite se voit une large déchirure irrégulière, à bords déchiquetés et hérissés çà et là de petites plaques crétacées. Cette ouverture a environ deux pouces dans son plus grand diamètre, lequel est dirigé de haut en bas. Dans cette ouverture sont engagés des caillots qui se continuent avec un vaste épanchement sanguin, lequel remplit toute la cavité pleurale droite. Ces caillots enlevés, on découvre le poumon droit repoussé vers la colonne vertébrale et caché presque entièrement par la tumeur, laquelle repose directement sur lui, tout en recouvrant la grosse bronche correspondante et même la bifurcation de la trachée. Dans toute l'étendue de leur trajet qui répond à la tumeur, ces canaux aériens sont aplatis sensiblement. — En haut et à gauche la poche est contournée par les troncs veineux brachio-céphaliques aplatis et complètement vides de sang. Le tronc de l'artère pulmonaire, placé au-dessous de la tumeur, ne paraît pas avoir subi de modification dans ses rapports et son calibre. Ses divisions seules partagent la compression déjà signalée au sujet des canaux bronchiques.

La tumeur isolée autant que possible paraît cesser brusquement au niveau de la paroi thoracique et vis-à-vis la saillie extérieure, tandis que du côté opposé elle se continue directement et d'une manière insensible avec l'aorte ascendante elle-même, sans trace de collet ni de pédicule. A l'inspection extérieure, elle paraît n'être qu'une dilatation portant sur la moitié droite du calibre du tube artériel, là où il se trouve en rapport direct avec le feuillet droit du médiastin antérieur.

Avant de procéder à la dissection des différents éléments anatomiques qui entrent dans la formation de la saillie externe, on constate de la manière la plus évidente une fluctuation générale dans toute l'étendue de la tumeur. De plus, en déprimant la peau vers sa circonférence, on reconnaît que les côtes correspondantes cessent brusquement à ce niveau. En séparant les différentes couches de la paroi thoracique, on voit que c'est le petit pectoral qui concourt avec quelques feuillets

de tissu cellulaire à former la paroi antérieure proprement dite de la poche anévrysmale. Ce muscle est lui-même très-aminé, infiltré de sang, et presque méconnaissable. On ne trouve à la face profonde aucune trace des membranes artérielles. La solution de continuité de la paroi thoracique qui réunit les parties interne et externe est creusée aux dépens des 2^e, 3^e et 4^e côtes droites. La portion osseuse de ces arcs paraît seule intéressée. La 2^e côte présente à la fois une usure et une rupture; les deux extrémités de l'os sont en contact, les deux bouts de la 3^e côte sont séparés par une distance d'environ 5 centim., et ne présentent que les caractères de l'usure. La 4^e côte est encore continue et usée seulement dans une partie de son bord supérieur et la partie voisine de la face concave: dans l'intervalle de ces fragments osseux, on trouve les restes des muscles interscostaux, déchirés et presque entièrement détruits. Il résulte de cet ensemble de solutions de continuité une ouverture ovale dont le grand diamètre se dirige en travers et un peu de dehors en dedans et de haut en bas.

La tumeur détachée à ses insertions à la paroi thoracique et largement ouverte, on en retire une masse considérable de fibrine demi-concrète, d'un rouge assez vif et de moins en moins foncé à mesure qu'on se rapproche des parois mêmes de la poche. La disposition stratifiée de cette fibrine n'est pas douteuse, et les couches les plus anciennes en contact avec le kyste lui-même s'enlèvent facilement avec l'ongle sous forme de bandelettes. La paroi dépouillée de ces dépôts paraît formée dans toute son étendue par l'expansion des tuniques artérielles jusqu'à son insertion aux côtes. La tunique interne semble même se prolonger jusqu'au voisinage de la crevasse qui communique dans la cavité pleurale droite. Du côté de la paroi thoracique, elle cesse brusquement à deux ou trois centimètres des côtes érodées. Dans toute cette étendue elle paraît rugueuse et épaissie, soulevée par de petits dépôts de matière jaunâtre et friable. L'épaisseur de la paroi anévrysmale dépend surtout de la tunique fibreuse qui y concourt pour une

ligne environ ; à l'extérieur les feuillets celluloux sont confondus avec le feuillet du médiastin. — A mesure qu'on se rapproche de l'aorte, les tuniques artérielles conservent la même épaisseur que ci-dessus, et acquièrent seulement plus de souplesse. Les rugosités et dépôts de matière jaunâtre cessent à 1 ou 2 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes. — Le calibre du vaisseau à cette hauteur paraît anormal ; sa circonférence mesure 8 centimètres. Les valvules sont libres, souples, peut être plus que suffisantes, les tubercules de Lower sont hypertrophiés. L'eau versée brusquement dans le vaisseau s'échappe très-lentement dans les ventricules.

Les gros troncs qui naissent de la crosse de l'aorte sont tout à fait sains.

L'aorte descendante dans toute sa longueur jusqu'à la naissance des iliaques est épaissie, rugueuse à sa surface interne sans ulcération ni changement de couleur.

Dans le tissu cellulaire prévertébral, on trouve à la hauteur de la 6^e ou 7^e vertèbre une ecchymose qui se continue vers la racine du poumon droit, et jusque dans le médiastin antérieur, non loin de la déchirure de la poche sanguine.

L'aorte pulmonaire et ses valvules sont dans un état parfaitement sain quant à leur souplesse et à leur épaisseur. — Le cœur de volume ordinaire n'offre pas d'hypertrophie sensible de ses parois. Les orifices et valvules auriculo-ventriculaires sont à l'état normal.

Poumon gauche un peu congestionné, sain du reste. — Poumon droit fortement comprimé, présentant à sa partie moyenne antérieure une dépression produite par la tumeur artérielle, laquelle dépression persiste après que les parties ont été déplacées. De plus ce poumon se trouve maintenu en partie dans sa position par des adhérences assez solides qui unissent son sommet avec la plèvre pariétale correspondante ; un peu d'œdème du sommet : quelques granulations grises, clair semées.

Foie de volume et d'aspect normal tant à l'extérieur que dans ses parties profondes, peu de congestion, tissu un peu

sec.—Rate volumineuse très-friable, avec de nombreuses adhérences. — Estomac de dimensions normales, ne présentant rien de spécial, sa membrane muqueuse est partout de bonne consistance.—Le tube digestif est du reste complètement sain.

Cerveau un peu injecté, un peu de sérosité répandue sous l'arachnoïde; point de distension sensible des ventricules.

D.—M. Boyer montre un *anévrisme de la crosse de l'aorte*.

Pillot, Claude-Antoine, jardinier, entré le 30 avril 1847 (hôpital Cochin, service de M. Nonat).

Dans le courant du mois de mars de la même année, cet homme est resté quelques jours dans le même service pour s'y reposer et se faire soigner, comme il le fait depuis plusieurs années, au moins tous les trois ou quatre mois. A cette époque, nous avons déjà constaté l'existence de la maladie qui l'amène aujourd'hui et qui, du reste, n'offre pas de changements sensibles.

Exposons d'abord les renseignements qu'il nous donne sur le début et la marche de son affection jusqu'à ce jour.

Soldat pendant 4 ans, il fut réformé le 2 janvier 1837 pour une *affection organique du cœur*. — Vers les derniers jours de mars 1845, pendant qu'il travaillait aux fortifications, sans cause connue autre qu'un travail continu dans l'eau, dans des terrains humides, il éprouva de la gêne dans la respiration. A mesure que cette dyspnée s'est prononcée, des palpitations de cœur se sont montrées; la difficulté de respirer a augmenté très-lentement et pendant qu'elle prenait de l'accroissement, sont arrivés des maux de tête fréquents, des épitaxis répétées, des bouffées de chaleur montant à la face. En même temps augmentation notable d'appétit, et il a depuis toujours été fort mangeur. — Pas de maladies antérieures rhumatismales ou vénériennes. — Sa mère est, dit-il, asthmatique et vit encore; dans sa famille personne n'a eu de maladie un peu grave jusqu'à présent.

Chaque fois qu'il se livrait à un travail un peu long, mais sur-

tout un peu rapide, ses étouffements devenaient bien plus marqués pendant deux ou trois heures, et après ce temps tout reparaissait dans l'état habituel.

Etat actuel. — Le malade a maigri d'une manière notable dans l'espace de un mois et demi. La face, au lieu d'être colorée comme avant, est devenue pâle, un peu souffrante. A l'inspection de la poitrine, on remarque une voussure de la paroi thoracique antérieure gauche, partant de la clavicule et s'étendant jusqu'à six ou sept centimètres au-dessous et longeant le bord correspondant du sternum; cette voussure efface complètement le creux sous-claviculaire. La clavicule est elle-même soulevée et mobile, ce qu'on voit bien en la comparant avec la droite; cette voussure se continue sur la partie inférieure du cou, du côté correspondant, de sorte que la moitié gauche du cou offre à sa partie inférieure et jusque vers le cartilage cricoïde, un volume plus considérable que de l'autre côté. — Les battements du cœur produisent le soulèvement de la paroi thoracique au point où correspond sa pointe, et ce soulèvement se voit aussi au-dessous de la clavicule : dans ce dernier point, il est plus sensible au toucher qu'à la vue.

La palpation fait également reconnaître, au-dessous et au-dessus de la clavicule, un frémissement cataire assez prononcé. C'est sur le trajet de la carotide primitive que ce bruit est le plus marqué.

La percussion donne dans tout le côté droit de la poitrine, en avant et en arrière, une sonorité parfaite; à gauche, au contraire, matité allant en diminuant depuis le sommet du poumon jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule où elle n'est plus complète. Cette matité se continue avec celle produite par la présence du cœur, de sorte que, limitée à l'encre, elle donne assez bien la forme du cœur, la forme et la direction de l'aorte; mais au sommet de l'aorte, c'est-à-dire au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, elle ne cesse pas; elle se prolonge en dehors jusque contre le bec coracoïdien, descendant, comme nous l'avons dit, jusqu'à quatre tra-

vers de doigts au-dessous de la clavicule. A partir de cette limite jusqu'à la partie inférieure du thorax, la sonorité revient. En arrière, matité dans les fosses sus et sous-épineuse ; au-dessous sonorité normale.

A l'*auscultation*, on trouve une respiration très-pure dans tout le poumon droit ; à gauche, la respiration, quoique pure aussi, est plus faible de moitié au moins que du côté droit, sans mélange de râles. Quand le malade est venu pour la première fois à l'hôpital, je ne crois pas qu'on ait constaté cette particularité ; peut-être cette différence d'appréciation n'existait-elle pas ; aujourd'hui elle est frappante. Au sommet du poumon, en arrière on n'entend pas le moindre murmure vésiculaire ; en avant, au contraire, on perçoit un souffle très-intense immédiatement au-dessous de la clavicule ; à mesure qu'on descend en avant, ce souffle diminue d'intensité, de sorte que l'on ne l'entend plus que très-faible à la base du cœur, et plus du tout à sa pointe où les battements du cœur sont purs, bien frappés, quoique très-intenses, comme convulsifs ; ils sont très réguliers. Le bruit de souffle se prolonge dans la direction de l'aorte, en diminuant aussi de haut en bas. Il est beaucoup plus fort dans la carotide gauche que dans la droite. Au niveau de la clavicule, il est rude, râpeux, très-court. L'oreille est soulevée en ce point juste au moment où elle perçoit le souffle.

Le pouls de la radiale droite est assez développé, sans dureté ; le gauche, au contraire, est faible, filiforme, et l'ondée sanguine est facilement arrêtée par la moindre pression. Le pouls du côté gauche est à celui du côté droit, comme 1:3, pour la force et la largeur. Cette particularité avait été remarquée au mois de mars. Jusqu'en ces derniers temps, les symptômes généraux ont été peu marqués. Si le malade ne se livrait qu'à un travail ordinaire, il n'était pas sensiblement incommodé par sa maladie ; il n'éprouvait pas de gêne bien grande de la respiration ; quelques palpitations. Il mangeait et dormait bien.

C'est après avoir travaillé une partie de la journée du 28 avril, au moment où il rentrait chez lui, qu'il a été pris de suf-

foction, et voici ce qu'il a chaque fois éprouvé : douleur atroce partant de la partie inférieure du sternum et remontant le long de la partie antérieure du thorax jusqu'à l'épaule gauche où elle était par moment plus forte qu'au niveau de la partie inférieure du sternum ; sentiment de serrement à l'épigastre, de déchiremens dans la poitrine ; palpitations violentes ; suffocation imminente, inspirations très-rares et très-courtes : tête lourde, pesante, éblouissements, en même temps, gonflements à la région épigastrique, éructations continuelles ; émission de vents par la bouche, sans vomissemens, extrémités froides.

Le soir même de l'entrée du malade, ces accidents sont revenus, et nous avons pu constater l'exactitude de son récit et faire les remarques suivantes : position assise, le corps penché en avant, face livide, couverte de sueur, pouls très-lent, 48 à 50 pulsations, presque insensible ; inspirations courtes, incomplètes et très-rares ; en auscultant la poitrine au moment de l'accès on trouve la respiration nulle à gauche, très-faible à droite ; les battemens du cœur lents ont quelque chose de convulsif ; et le bruit de souffle, si intense le matin, ne s'entend presque pas en ce moment. On a pratiqué sur le champ une large saignée de 4 palettes 1½ ; glace à l'intérieur, lavement avec l'assa foetida, synapismes aux extrémités inférieures, ventouses sur la région précordiale. Ces moyens ont paru soulager le malade ; les éructations sont devenues moins fréquentes ; l'émission des gaz presque nulle ; la douleur s'est calmée, et au bout d'une heure 1½, le malade était assez bien ; seulement la voix était complètement éteinte.

Dans la nuit qui a suivi l'entrée du malade, nouvel accès ; on a remis des ventouses sur la région précordiale, donné une potion laudanisée, et l'accès s'est encore arrêté peu après l'application des ventouses.

Pendant treize jours, ces accès sont ainsi revenus deux, trois et quelquefois cinq fois d'une visite à l'autre. Le malade se trouvait bien d'une potion fortement laudanisée, et à mesure qu'on

a augmenté la dose du laudanum, les accès ont diminué d'intensité et se sont enfin arrêtés le 14 mai. L'altération de la voix a persisté, la respiration est devenue de plus en plus gênée et faible dans le côté gauche, en sorte qu'on ne l'entend presque plus de ce côté; elle y est remplacée par un gros râle ronflant. Tous ces symptômes, qui ont une ressemblance frappante avec ceux de l'angine de poitrine, ont fait admettre la compression de la trachée, et surtout de la bronche gauche, une lésion du nerf pneumogastrique ou au moins du récurrent gauche, la compression de ce nerf.

Jusque vers la fin de mai, ce malade n'a plus eu d'accès de suffocation; il mange très-bien, souffre peu et demande à sortir. Il rentre trois jours après ayant eu chez lui, dans la nuit, un accès encore plus violent que les précédents. L'accès se renouvelle au moment de la visite, (saignée de 2 palettes, ventouses scarifiées, potion laudanisée.)

Le 4 juin, le malade est de nouveau remis; il n'éprouve que de la gêne pour expectorer; il continue ainsi jusqu'au 15 juin, jour où l'expectoration, devenant plus difficile, on donne 0,10 de kermès dans une potion gommeuse; le malade s'en trouve bien, on la continue.

Nous remarquons que le malade se couche toujours sur le côté gauche; ce qu'il fait, dit-il, depuis plus d'un an.

Le 5 juillet, le malade se trouvait si bien qu'il m'a prié de parler à M. Nonat pour lui faire obtenir la voiture pour retourner chez lui. Dans la nuit, vers trois heures, un nouvel accès est survenu tout-à-coup, et malgré mon empressement, je ne suis arrivé que pour voir rendre le dernier soupir à ce malheureux; sa face était livide et froide, les yeux fixes, les pupilles dilatées, les lèvres violettes, couvertes d'écume blanchâtre: toutes les extrémités froides; les veines de la tête et du cou énormément distendues; le pouls insensibile, les battements du cœur à peine saisissables. J'ai voulu pratiquer une saignée; la veine n'a pas fourni de sang; les ventouses n'ont rien produit non plus. Le malade était mort à l'application de la seconde.

Autopsie, le 4, à neuf heures du matin. — Rigidité cadavérique très-prononcée, larges ecchymoses sur le dos, la nuque, les côtés du cou et la partie postérieure des bras.

En ce moment encore la voussure de la paroi antérieure gauche de la poitrine est très-visible ; on constate également que l'inégalité des deux moitiés latérales du cou reste toujours en faveur de la moitié gauche.

La poitrine est ouverte largement et avec beaucoup de précaution pour ne pas intéresser les organes qu'elle contient.

Les poumons, parfaitement sains dans leur portion accessible à la vue, s'avancent sur le péricarde qu'ils recouvrent presque en entier : mais en haut et à gauche on voit passer entre la clavicule et le bord supérieur du poumon gauche refoulé en bas et en dehors une tumeur arrondie, brunâtre, s'étendant depuis la fourchette sternale jusqu'au dessous du bec coracoïdien. Sur la face antérieure de la tumeur et environ à sa partie moyenne, passe le nerf diaphragmatique, soulevé par elle et collé contre la première côte ; le tronc brachio-céphalique-veineux gauche croise la tumeur à sa partie supérieure de dehors en dedans et de haut en bas.

Les poumons écartés en dehors, nous pouvons voir alors la tumeur volumineuse, logée dans le lobe supérieur gauche qu'elle a creusé et refoulé en dehors et en bas ; la tumeur ne tient à ce lobe pulmonaire que par quelques adhérences celluluses très-lâches développées entre les deux feuillets de la plèvre ; l'anévrysme s'étend en bas jusque sur la base du cœur et sur les vaisseaux pulmonaires. Elle passe en outre derrière la clavicule, et une fois cet os enlevé nous pouvons la voir s'étendre jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde en passant au-dessous de la glande thyroïde qu'elle soulève avec les vaisseaux carotidiens et le nerf pneumo-gastrique ; les rapports de ces derniers organes ne sont pas changés ; ils ont été seulement portés en avant par le développement de la tumeur. En suivant avec soin le nerf diaphragmatique gauche jusqu'à son origine, nous voyons qu'il est exempt d'altérations ; il paraît seulement

un peu aplati au niveau de la première côte, et est maintenu sur la tumeur par la plèvre un peu épaissie; au delà de la tumeur il reprend sa position ordinaire sur le côté du péricarde. Le nerf pneumo-gastrique est suivi avec facilité jusque sur la partie antérieure et supérieure de la tumeur, à peu près à un pouce au-dessous de la clavicule; mais arrivé à ce point, il n'est plus visible; il est recouvert par des tissus enflammés qui le confondent avec la tumeur.

Nous ne pouvons trouver l'artère sous-clavière gauche. Nous sommes obligés de la prendre dans l'aisselle, où nous la trouvons réduite au volume d'une plume d'oie ordinaire, et en la suivant avec attention, nous la voyons s'engager derrière la tumeur; la carotide primitive, au contraire, passe en avant de celle-ci contre sa partie interne.

Le plexus brachial a été soulevé par la tumeur, de sorte qu'il se trouve écarté de l'artère en haut et un peu plus en arrière. Nous avons remarqué que la 6^e paire cervicale passait en avant du muscle scalène antérieur, anomalie que je n'ai pas vue signalée, et que je n'avais jamais rencontrée.

Tous les vaisseaux veineux de la partie supérieure sont très distendus par le sang; et les veines qui dans l'état normal ont à peine le volume d'une petite plume d'oie sont égales en volume au triple de ce calibre. La glande thyroïde est énormément hypertrophiée sans lésion de texture apparente; elle est très congestionnée et noirâtre.

Nous ne constatons aucun changement de rapports dans les organes du côté droit.

La tumeur, ainsi mise à découvert excepté en arrière, est arrondie, et présente deux prolongements, l'un glissant sous la clavicule et allant jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde, l'autre descendant jusque sur la bifurcation gauche de la trachée. Elle est égale au volume d'une tête de fœtus à terme, molle, fluctuante dans tous ses points, presque sans adhérence avec les parties environnantes, si ce n'est avec l'œsophage et la trachée-artère au niveau de sa bifurcation.

Nous enlevons le cœur, les poumons, l'aorte, la tumeur anévrysmale et les vaisseaux qui en partent, et qui ont été d'abord liés pour mieux suivre les organes dont les rapports n'ont été indiqués qu'en partie.

La colonne vertébrale n'offre aucune altération : nous avons déjà vu que le sternum, la clavicule et la première côte ne présentaient aucune lésion.

Le péricarde contenait environ un demi verre de sérosité limpide, aucune trace de péricardite ancienne.

Malgré la précaution que nous avons prise de lier les vaisseaux partant de la tumeur, celle-ci s'est vidée peu à peu d'un sang noir et diffuent, sans le moindre caillot.

Nous avons eu la plus grande difficulté pour suivre le pneumogastrique gauche qui était confondu dans la tumeur à partir de sa partie supérieure et antérieure. A mesure que nous l'avons poursuivi plus loin, il s'est enfoncé de plus en plus dans l'épaisseur de tissus enflammés, denses, lardacés ; dans cet espace, qui pouvait être d'un pouce et demi environ, il nous a paru un peu augmenté de volume et comme infiltré de sérosité. Le nerf récurrent gauche s'en détache près de la naissance de l'anévryisme, en dehors de la carotide primitive gauche, contourne l'aorte comme dans l'état normal pour s'accoler contre la trachée, et se rendre de là à sa destination ; mais le développement de la tumeur en bas l'a beaucoup abaissée, de sorte qu'il a éprouvé un allongement considérable ; il nous a paru toutefois exempt de lésions. Il était, comme de pneumogastrique, contenu dans une gaine formée par les tissus enflammés autour de lui. Il n'a dû éprouver que des tiraillements successifs, gradués à mesure que la tumeur s'accroissait.

L'artère carotide primitive gauche naît juste au point où commence la maladie de la crosse de l'aorte, et se porte comme à l'ordinaire en haut sur les côtés de la trachée, mais plus en avant, ayant été repoussée dans ce sens par le développement de la tumeur. Elle offre son calibre normal.

L'artère sous-clavière du même côté, au contraire, naît en arrière, juste au point où cesse la maladie du vaisseau ; au lieu d'offrir une partie ascendante verticale et une horizontale, elle est tout entière transversale, de sorte qu'elle paraît très allongée ; elle est accolée contre la partie supérieure et postérieure de la tumeur par la plèvre et du tissu cellulaire épaissi. Elle forme sur la tumeur un relief sensible qui permet de la suivre jusqu'à son origine. Nous avons déjà dit que le calibre était considérablement rétréci. Elle se trouvait comprimée entre la paroi thoracique postérieure et la tumeur. Celle-ci a donc pris naissance dans l'espace de la croise de l'aorte qui sépare les deux points d'origine de la sous-clavière et de la carotide primitive ; elle a passé entre les deux vaisseaux en haut.

L'anévrysme adhère en arrière à la partie moyenne de l'œsophage ; mais ces adhérences ne sont bien prononcées que dans l'étendue d'un pouce environ. Dans cette étendue, les fibres musculaires œsophagiennes sont confondues avec les parois de la tumeur. Celle-ci adhère plus intimement avec la trachée-artère, qu'elle a fait dévier un peu à droite et aplatie transversalement, de manière à diminuer son calibre ; elle appuie sur la bifurcation gauche de l'arbre aérien, de manière à l'aplatir de haut en bas ; elle est logée dans l'angle formé par la trachée d'un côté et la bronche gauche de l'autre. C'est à la bifurcation de la trachée que les adhérences de la tumeur sont surtout prononcées, et la position de la maladie explique très bien les phénomènes observés pendant la vie.

À la partie inférieure et postérieure de la tumeur, on voit de nouveau apparaître le nerf pneumogastrique gauche libre de toute adhérence.

Les rapports médiats de la tumeur avec les vaisseaux pulmonaires gauches devaient aussi gêner la circulation dans le poumon gauche surtout.

Les poumons, surtout le droit, beaucoup plus volumineux que le gauche, sont engoués ; sans tubercules ni emphysème. Les bronches sont remplies d'un liquide filant, demi transparent et un peu écumeux.

La tumeur a été ouverte à sa partie antérieure externe pour ne pas détruire les rapports des nerfs avec elle. Elle nous a offert les particularités suivantes : elle forme une vaste cavité ayant deux ouvertures, une antérieure droite et une postérieure gauche ; la première, située immédiatement après la naissance de la carotide primitive, continue le trajet de l'aorte ascendante ; mais elle est très rétrécie, offre à peine un centimètre de diamètre ; ses bords sont durs, inégaux et parsemés de petits points cartilagineux ; elle ne contient pas de caillots. L'ouverture postérieure gauche commence en avant de la naissance de la sous-clavière gauche ; elle offre les mêmes caractères que la première ; seulement elle est plus considérable et n'a pas diminué sensiblement le diamètre de la crosse au niveau de l'origine de la sous-clavière.

La surface interne offre la membrane séreuse lisse, transparente en certains points peu nombreux ; dans la plus grande étendue, elle est altérée, dépolie, épaissie, rugueuse, dure, soulevée par des matières déposées au-dessous d'elles, convertie en plaques blanches très étendues ; dans plusieurs points elle est érodée, détruite par des productions cartilagineuses, ossiformes. Toutes ces productions étrangères paraissent s'être déposées entre la séreuse et la tunique musculieuse qui nous a semblé détruite par elles en plusieurs points ; mais c'est surtout le tissu cellulaire intermédiaire aux deux membranes interne et moyenne qui en est le siège. La tunique externe est confondue avec les tissus environnants enflammés et épaissis.

Au premier abord on croirait que la tumeur est formée par une dilatation simple de l'aorte ; mais si on y regarde bien, on voit comme une solution de continuité partant de l'orifice inférieur ou postérieur de la tumeur passant sous cet orifice et venant se terminer sous l'orifice antérieur ou supérieur. Cette solution de continuité, qui ne s'étend pas au-dessus des deux orifices, ferait croire que dans la moitié inférieure du calibre de la crosse de l'aorte la tunique interne a été rompue, déchirée, tandis que, pour la partie supérieure de ce calibre, ce vaisseau

se serait seulement dilaté dans toute son épaisseur sans rupture d'aucune des tuniques.

On trouve à l'orifice inférieur une large plaque ostéo-cartilagineuse ; à partir de ce point l'aorte n'offre plus de lésions ; elle est saine et offre peut-être un léger rétrécissement au-dessous de la tumeur anévrysmale. Nous avons recherché avec soin si les autres vaisseaux artériels ne présentaient pas de lésions, nous n'en avons pas trouvé.

Le cœur offre une légère hypertrophie des parois du ventricule gauche ; sans lésion des orifices.

Le tronc brachio-céphalique droit naît comme à l'ordinaire et ne présente rien d'anormal.

Le cerveau offre un peu de congestion sanguine.

Les organes abdominaux sont parfaitement sains.

2. M. Guibout présente un kyste séreux développé dans la branche gauche et le corps du maxillaire inférieur (1).

La forme générale de cet os a disparu ; l'angle de la mâchoire est presque effacé ; on ne distingue plus que difficilement le corps de l'os de sa branche ; car ces deux parties ont subi dans leurs formes, leurs dimensions, et leurs directions, des altérations assez profondes pour les rendre presque méconnaissables.

Ainsi d'abord les dimensions en hauteur et en épaisseur du corps de l'os sont exagérées. Tandis que chez un sujet adulte la hauteur moyenne du corps de l'os au niveau de la première molaire est de 2 centimètres ; elle se trouve être de 3 centimètres sur la pièce malade. Mais le développement en épaisseur du corps de l'os est beaucoup plus remarquable. Tandis qu'à l'état normal cette épaisseur est de moins d'un centimètre, elle est ici de 4 centimètres. Le corps se prolonge aux dépens du bord postérieur de la branche, qui a été repoussé en arrière, usé, et

(1) L'observation se trouvant publiée dans le journal *l'Union Médicale* du 14 septembre 1847, nous ne donnerons ici que la description de la pièce pathologique.

qui, au lieu de monter verticalement, comme à l'état normal, offre une concavité très prononcée en avant.

Les dimensions en longueur sont aussi changées pour le corps de l'os. Tandis que sur un maxillaire sain nous trouvons 5 centimètres de la première molaire au bord postérieur de la branche, nous en trouvons 6 1/2 sur le maxillaire malade.

Inimmédiatement en arrière et au-dessous de la première molaire, au niveau de l'endroit où l'on sentait de la fluctuation, il y a, dans l'étendue d'environ 2 centimètres carrés, disparition complète de l'os, qui est remplacé par une membrane épaisse et de nature fibreuse. Cette membrane, ouverte pendant l'opération, donna issue à environ deux ou trois cuillerées d'un liquide séreux, noirâtre, contenu dans une poche creusée dans l'épaisseur du corps de l'os. Cette poche a 3 centimètres de profondeur; elle est assez large pour que le doigt indicateur puisse s'y mouvoir en tous sens. Elle n'est tapissée d'aucune membrane distincte : ses parois osseuses en dedans, sont rugueuses et inégales; on y sent des crêtes saillantes et aiguës. En haut, la paroi de la poche est formée par une membrane qui la sépare d'une autre poche contenue dans l'épaisseur de la branche, et dont nous parlerons plus tard. De sorte que cette poche est ostéo-membraneuse. La partie osseuse a été usée en deux endroits différents; d'abord en avant, et ensuite tout à fait en haut. Tout le pourtour de cette caverne est osseux.

Modifications dans le volume. — A l'état normal, 2 centimètres 1/2 séparent le col du condyle de l'apophyse coronoïde; ici nous trouvons que ces deux apophyses sont séparées l'une de l'autre de 6 centimètres. L'épaisseur de la branche, à sa partie supérieure, est normalement presque linéaire; ici elle est de 6 centimètres, d'où il résulte que cette branche, au lieu d'avoir la forme d'une lame sans épaisseur ayant deux faces et quatre bords, a au contraire la forme d'un cube dont la circonférence externe, mesurée au niveau de l'apophyse coronoïde et du col du condyle, est de 15 centimètres. Ce cube va nous offrir à étudier six parois ou faces, et une capacité ou dimension intérieure.

1° *La paroi antérieure* du cube représenté par la branche du maxillaire altérée est osseuse et constituée par l'apophyse coronoïde. Cette apophyse présente ceci de remarquable : 1° qu'elle est, comme nous l'avons déjà dit, éloignée du condyle de 6 centimètres ; 2° qu'à sa partie inférieure elle est détachée complètement du corps de la branche, en sorte qu'elle est mobile au milieu d'un tissu membraneux ; 3° qu'elle a perdu tout à fait sa forme, et qu'à son extrémité libre, au lieu d'être lisse et arrondie, elle est rugueuse et inégale, ce qui est dû à un commencement de destruction. On trouve sur la face externe les attaches tendineuses du muscle temporal assez bien conservées, ce qui explique la facilité avec laquelle avaient lieu les mouvements de mastication.

2° *La paroi postérieure* du cube est représentée par le bord postérieur de la branche de la mâchoire, et par le col du condyle. Ce bord est remarquable 1° par son refoulement en arrière que nous pouvons évaluer à 1 centimètre $1\frac{1}{2}$, et qui a les deux conséquences suivantes, d'abord qu'il prolonge en arrière le corps de l'os, ensuite qu'il efface presque complètement l'angle de la mâchoire ; 2° par son élargissement considérable ; au lieu d'être arrondi et presque linéaire, il est étalé sous forme d'une lame dont la largeur est en bas de 1 centimètre $1\frac{1}{2}$; 3° par sa concavité intérieure et son amincissement considérable ; car il est réduit à l'état d'une simple lame de tissu compacte, double résultat de l'usure qu'il a subie ; 4° enfin, son extrémité supérieure n'existe plus ; le condyle est tout à fait détruit ; il n'en reste aucun vestige.

3° *La paroi externe* du cube a une largeur de 6 centimètres ; elle s'étend de l'apophyse coronoïde au bord postérieur de la branche du maxillaire. Elle est tout à fait membraneuse. On trouve seulement dans son épaisseur une petite lame de tissu osseux. Cette surface membraneuse est remarquable par les attaches du muscle masséter, lequel est en partie dégénéré et transformé en membrane. La fluctuation était très remarquable dans toute l'étendue de cette paroi.

4° *La paroi interne* du cube est en partie osseuse et en partie membraneuse. On trouve dans sa partie antérieure une partie du tendon du temporal, au-dessous duquel est une lamelle osseuse très mince, isolée au milieu des membranes. Un peu plus bas l'os est encore conservé, mais toujours aminci. On y rencontre : 1° le nerf dentaire tout à fait sain ; seulement l'épine qui le protège en avant a disparu ; 2° le nerf milohyoïdien logé dans son sillon. Au-dessus de ce sillon l'os n'existe plus ; le cube n'est fermé que par une lame membraneuse qui correspond à celle de la paroi externe ; en sorte qu'à ce point on percevait parfaitement la fluctuation de dedans en dehors et de dehors en dedans.

5° *La partie inférieure ou plancher* du cube est divisée par une sorte de promontoire osseux, sur lequel passe le nerf dentaire, en deux parties distinctes ; l'une, antérieure profonde, qui forme une fosse à fond osseux ; l'autre, postérieure, profonde également, dont le fond est membraneux et répond en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire.

6° *La paroi supérieure ou voûte* du cube est formée par des membranes qui, du pourtour de la cavité glénoïde du temporal, se continuent en avant et en arrière, en dehors et en dedans, avec les membranes de toutes les faces.

7° *La capacité* du cube a une largeur de 6 centimètres ; elle est divisée en deux compartiments bien distincts, l'un externe, l'autre interne.

La poche ou compartiment externe est tout à fait membraneuse, excepté en avant où ses parois se fixent à l'apophyse coronéide, et en arrière où elles se fixent au bord postérieur de la branche. Son fond est membraneux et la sépare de la cavité contenue dans le corps de l'os. Cette poche a 3 centimètres de largeur sur 4 de profondeur. Sa paroi interne qui la sépare de la poche voisine et qui est tout à fait membraneuse, est d'une couleur rosée ; elle est striée, épaisse, et se dédouble très facilement en feuillets transparents et analogues à des séreuses.

8° *La poche interne*, la plus considérable, a 6 centimètres

de profondeur sur 6 de longueur, d'avant en arrière. Elle est osseuse dans quelques-uns de ses points et membraneuse dans d'autres. C'est elle qui formait la saillie que l'on constatait à l'intérieur de la bouche. Son fond est constitué par le fond même du cube ; nous en avons déjà parlé. Elle ne communique dans aucun de ses points avec la poche externe, à moins que la communication n'ait eu lieu par en haut, ce que nous n'avons pu constater, puisque les tissus ont dû être coupés à ce point dans l'opération.

Ces deux poches, comme celle du corps de l'os, contenaient un liquide séreux : on n'y découvrait aucune trace d'hydatides.

3. M. Moreau présente un placenta provenant d'une femme accouchée pour la troisième fois le 14 mars 1847 (Hôpital des Cliniques). L'enfant qu'elle a mis au monde offrant plusieurs exemples d'amputations spontanées fut placée par M. Paul Dubois sous les yeux de l'académie de Médecine (16 mars 1847). L'on constatait en effet l'absence des dernières phalanges des doigts médius et annulaire de la main gauche ; les mêmes phalanges manquaient aussi aux 2^e et 3^e orteils de chaque pied. On remarquait encore aux deux jambes un étranglement cutané sus-malléolaire beaucoup plus prononcé à gauche qu'à droite.—Il en existait un autre tout à fait semblable au niveau de la 1^{re} phalange du gros orteil droit. — Le placenta, à sa surface amniotique près de l'insertion du cordon ombilical dont la longueur est de 0^m, 33 c., offre plusieurs prolongements filiformes dont les uns ont une extrémité libre, tandis que les autres sont fixes à leurs extrémités comme une corde tendue.

Pendant cette grossesse qui s'est passée aussi régulièrement que les deux précédentes, la malade, à part des contrariétés et de vives émotions morales, n'a rien éprouvé de particulier. — Les autres enfants n'avaient offert aucune lésion analogue à celles du dernier.

Suivant M. Moreau, ces prolongements fibreux implantés sur le placenta ne seraient pas sans rapport avec les amputations partielles qu'il vient d'indiquer.

M. *Depaul* rappelle qu'il existe dans la science bon nombre de faits analogues, et qu'à la fin de l'ouvrage de *Montgomery* l'on trouve un mémoire sur ce sujet. Trois théories, ajoute M. *Depaul*, ont été proposées pour expliquer ces cas d'amputation spontanée; la 1^{re} les attribue à l'enroulement du cordon ombilical autour de la partie; la 2^{re} aux adhérences du fœtus à la membrane amniotique; la 3^{re} enfin à une gangrène spontanée avec élimination par un travail analogue à celui que l'on observe pendant la vie extra-utérine. De ces trois théories c'est la première qui est la plus vraie suivant M. *Depaul*, bien quelle ne paraisse pas au premier abord en harmonie avec les cas où le cordon se trouve autour du cou. Quoi qu'il en soit, dans les cas publiés par les auteurs, on n'a pas noté la présence de ces prolongements fibreux sur lesquels M. *Moreau* appelle l'attention de la Société.

4. M. *Blondeau* fait voir le membre inférieur d'un enfant de 6 ans auquel M. *Guersant* fils a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Le présentateur rappelant quelques-unes des opinions relatives aux rapports des synoviales et des cartilages, insiste pour démontrer combien cette pièce semble favorable à l'opinion de ceux qui croient que la synoviale passe sur la face libre des cartilages. L'on voit en effet, au devant des deux condyles fémoraux, une membrane épaisse de 0^m, 001 environ, et qui se détache facilement des parties sous-jacentes. La rotule est complètement détruite à sa face postérieure. — Les articulations du pied présentaient aussi des traces légères d'arthrite.

Quelquefois, dit M. *Barth*, l'anatomie pathologique prête son secours à l'anatomie normale, et son influence heureuse ne peut être mise en doute, quand il s'agit de démontrer l'existence d'un tissu dont on ne trouvait pas de trace à l'état ordinaire: c'est ainsi qu'on a démontré la présence de fibres musculaires dans les parois de la vésicule biliaire. Mais dans les cas analogues à celui qui nous occupe, l'anatomie pathologique ne peut plus être invoquée: car, la synoviale exhalant

un liquide albumineux, celui-ci se concrète à la surface du cartilage, et y forme une membrane lisse et molle qui se continue souvent à la face interne de la synoviale elle-même; bien que cette continuité n'existe pas sur la pièce de M. Blondeau, l'analogie permet cependant d'admettre que le mode de production est le même. N'a-t-on pas vu, de la même manière, des anatomistes prendre pour la membrane interne de l'artère cette couche fibrineuse placée à la face interne des sacs anévrysmaux.

M. Deville ne comprend pas que l'on soulevé encore de nos jours la question de savoir si les synoviales passent au dessus ou au dessous des cartilages; c'est une question qui ne permet plus le moindre doute depuis les travaux modernes; il est en effet de toute impossibilité de démontrer l'existence d'une synoviale à la surface des cartilages, comme le prétendait Bichat. Quant à la pièce de M. Blondeau, M. Deville accepte l'interprétation qu'en donne M. Barth.

MM. Barth et Blot répondent que, pour beaucoup d'anatomistes de notre époque, cette question n'est pas encore aussi claire que paraît le croire M. Deville.

5. M. Caudmont présente un corps étranger retiré de la vessie d'un homme entré dans le service de M. Civiale pour un rétrécissement de l'urètre, qui s'étendait du méat à la courbure du canal. Ce malade, qui depuis 4 ans avait été successivement traité à Rouen, et dans plusieurs hôpitaux de Paris, éprouvait les plus grandes difficultés pour uriner. A son entrée à l'hôpital il y a trois mois, M. Civiale, ayant égard à l'étendue du rétrécissement et aux difficultés que l'on avait jusqu'alors éprouvées dans le traitement, recourut à la scarification suivant le procédé de M. Reybard; l'emploi de cette méthode permit bientôt d'introduire des sondes de 4 lignes de diamètre, quand au début, celles d'une ligne et demie avaient de la peine à pénétrer. Malgré cette énorme dilatation, le malade urinait toujours avec la même difficulté: il éprouvait une douleur très vive dès que le bout de la sonde arrivait au col de la vessie. M. Civiale soupçonnant alors l'existence de quelque tumeur ou

longus de la vessie, introduisit dans cette dernière l'instrument lithotriteur pour s'éclairer sur le diagnostic. Il put constater alors vers le bas fond, l'existence d'une masse plâtreuse facile à écraser, et qui donnait une sensation bien différente de celle d'un calcul. En examinant la portion de cette masse ramolue par l'instrument, on vit qu'elle ressemblait à de la poussière de calcul agglomérée par du mucus, ou encore à cette couche blanchâtre qui tapisse quelquefois la face interne de la vessie. Au milieu de cette masse, M. Caudmont trouva un morceau de sonde de gomme élastique de 0^m, 012 de long environ, facile à reconnaître au tissu de la sonde. L'interrogation du malade n'a pu éclairer sur l'époque à laquelle remontait l'introduction de ce fragment : il prétend même qu'à chaque cathétérisme il nettoyait lui-même sa sonde, et en constatait l'intégrité. — Quelques jours après, on put retirer encore un fragment de 0^m, 03 de long. — Après avoir rappelé le cas où une sonde était, disait-on, restée 15 ou 16 ans dans la vessie sans s'incruster (Roux, *Académie de Médecine*), le même membre fait remarquer qu'il existe ici des incrustations très fortes, bien qu'on ne puisse faire remonter le séjour de ces fragments au delà de 3 ou 4 ans (début de la maladie).

6. M. *Blain des Cormiers* présente des végétations sous-muqueuses de l'estomac, observées sur une femme de 68 ans, entrée le 28 juin 1847, dans le service de M. Andral (hôpital de la Charité). — Aspect cancéreux; coloration jaunâtre de la figure, et de tout le corps. — Cette femme accuse une vive douleur à l'abdomen, précisément à la région ombilicale : la palpation y fait découvrir un corps dur, résistant, présentant des battements d'une grande force, isochrones à ceux du pouls. — A l'auscultation, on entend un bruit de souffle au-dessus et au-dessous de la tumeur, et rien à son niveau. Mais on ne peut examiner longtemps la malade, qui accuse une vive douleur à la moindre pression. — On peut croire à un anévrysme de l'aorte, ou à une tumeur soulevée par cette artère qui lui transmettrait ses battements. — Affaiblissement graduel de la malade, qui meurt le 21 juillet.

Autopsie 41 heures après la mort. — Pas de signes de putréfaction avancée. — On ne trouve, en ouvrant l'abdomen, à la région ombilicale, aucune tumeur; seulement l'aorte est poussée en avant par la colonne vertébrale, qui offre une légère déviation à gauche et une très-forte inflexion en avant. Examinée avec soin dans toute son étendue, l'aorte présente des ulcérations de la membrane interne et de nombreuses concrétions calcaires. — L'estomac présente dans divers endroits, mais principalement à l'orifice pylorique des prolongements noirs, sorte de végétations dont quelques-unes ont près d'un centimètre de longueur, lesquelles sont développées sous la muqueuse. Ces végétations, vues au microscope, ne sont ni du cancer, ni des tumeurs variqueuses formées par les vaisseaux de l'estomac. Ce sont des cellules accumulées, qui présentent l'aspect d'excroissances ou de polypes sous-muqueux.

7. M. *Lucien Corvisart* présente quelques pièces recueillies sur un jeune homme de 20 ans, mort dans le service de M. Andral, le 19 juillet 1847.

Tourmenté depuis deux ans par un appétit dévorant et une soif excessive, ce malade mangeait de 6 à 8 livres de pain par jour et une grande quantité de légumes; il buvait en même temps de 10 à 15 litres d'eau : mais comme il maigrissait, et que ses forces diminuaient de plus en plus, il vint à l'hôpital où l'on constata une ichthyose et un diabète sucré : peu de temps après son entrée, l'on trouva une fois 30 ou 40 grammes d'urée dans les urines rendues pendant les 24 heures précédentes. — Au mois de mars, pendant une quinzaine de jours, l'urine présenta une notable quantité d'albumine. — Légère éruption variolique au mois de février. — Pas de signes de tubercules pulmonaires. — Le 17 juillet, réaction fébrile, crachats rouillés, râle sous-crépitant et souffle tubaire. — Mort le 19.

A l'autopsie, on constate que les poumons sont hépatisés en rouge et farcis de tubercules crus, (M. Corvisart, dans 4 autopsies de diabétiques, les seules qu'il ait faites, dit avoir trouvé 4 fois des tubercules dans les poumons).

Les reins sont hypertrophiés ; ils offrent dans les substances corticale et médullaire, des tubercules évidents au microscope. Leur surface présente çà et là des plaques décolorées, d'un blanc jaunâtre analogue à celles que l'on voit dans les deuxième et troisième formes de la maladie de Bright.

La rate contient dans son pharenchyme trois ou quatre tubercules crus. — On trouve aussi dans plusieurs points du foie de petites cavités contenant une matière verdâtre purulente.

8. M. *Huette* montre une fracture du col du fémur observée sur une femme de 70 ans dans le service de M. Manec à la Salpêtrière. Bien que la fracture date de 6 semaines, il n'y a point de traces du travail de consolidation. — La fracture est à la fois extra et intra-capsulaire.

9. M. *Lucien Corvisart* montre une *Hypertrophie partielle de la muqueuse intestinale*, recueillie sur un homme de 22 ans qui paraissait d'une vigoureuse constitution. — Il avait eu il y a 9 ans une maladie aiguë, grave, qu'il est impossible de caractériser. — L'autopsie révéla des tubercules et un pneumo-thorax qu'on n'avait pas soupçonnés.

La muqueuse gastrique était ramollie vers le grand cul de sac de l'estomac.

Le duodénum et le jéjunum étaient parfaitement sains.

A partir des 25 derniers centimètres de l'iléon, là où après avoir perdu leur fréquence et leurs grandes dimensions, les valvules conniventes disparaissent presque entièrement, on trouvait la paroi intestinale tapissée d'appendices flottants dans la cavité de l'iléon.

Formes et dimensions des appendices. — Quelques-uns de ces appendices avaient la forme de petits tubercules de 3 à 4 millimètres d'épaisseur et de relief, se terminant en pointe mousse et parfois difficiles à distinguer des dernières traces des valvules conniventes.

La plupart des appendices avaient la forme de petits cylindres de 1 à 2 millim. d'épaisseur et de 6 à 8 millim. de longueur. Les uns commençant par une base large, et se terminant en

pointe, un de ces derniers avait près de 13 millim. de long ; parmi eux il y en avait qui se terminaient deux à deux en confondant leur sommet effilé, de manière à former une espèce de pont ou à rappeler les cordes tendineuses des cavités ventriculaires du cœur. Les autres avaient un sommet bifurqué, d'autres enfin étaient renflés au sommet, et pédiculés.

Dans le premier décimètre du colon ascendant on trouvait encore des excroissances ; elles y étaient moins nombreuses que dans l'iléon, où on en comptait plus d'une vingtaine.

Les dimensions y devenaient beaucoup plus grandes ; ainsi un filament cylindrique de 1 millim. d'épaisseur acquérait une longueur de 33 millim.

Un autre avait 22 millim. de long, sa base pédiculée n'avait que 2 millim. ; mais le sommet évasé en avait près de 5.

Le sommet d'un autre gros tubercule pédiculé avait 7 mill. d'épaisseur. Près de lui était un tubercule d'un volume moindre, et tous deux avaient leur sommet réuni par un filament.

L'appendice vermiculaire contenait 5 à 6 excroissances cylindriques et assez longues.

Aspect. — La surface des excroissances était lisse et égale.

Couleur. — La couleur plus pâle pour les plus étroites était d'un rouge peu intense pour les plus grosses.

Consistance. — La consistance paraissait plus grande pour les excroissances les plus volumineuses, celles qui étaient pédiculées, étaient moins consistantes à la base qu'au sommet.

Texture. — Les plus longs et les plus étroits appendices étaient formés par un prolongement de la muqueuse intestinale non altérée, quant à sa couleur, sa consistance et sa texture ; le microscope n'y laissait voir qu'un rare tissu filamenteux couvert d'épithélium à cylindre.

L'adhérence avec la tunique celluleuse était très lâche.

Les excroissances tuberculeuses sous l'épithélium étaient formées de fibres cellulaires assez abondantes et serrées, et qui se continuaient manifestement avec celles des tissus sous-muqueux ce qui rendait encore plus difficile leur distinction des restes des

valvules conniventes. J'ai pu voir sur plusieurs d'entre elles des villosités évidentes, surtout au microscope.

Les appendices pédiculés étaient constitués de même; mais chez ceux où le pédicule était étroit, la continuité du tissu cellulaire de leur sommet avec celui de la membrane celluleuse de l'intestin n'était pas évidente et la traction même assez légère les en séparait facilement.

M. Cruveilhier, qui figure de ces excroissances de la muqueuse dans l'estomac, émet l'opinion qu'elles peuvent dégénérer. Dans le cas actuel, je n'ai trouvé aucune trace de cellules cancéreuses.

La tunique muqueuse de l'intestin qui avoisinait les tumeurs était saine, sans hypertrophie, d'une teinte légèrement rouge, sans ramollissement notable; cependant la membrane ne s'arrachait pas en larges lambeaux.

La tunique celluleuse paraissait un peu hypertrophiée en certains endroits.

10. M. Gosset montre un utérus présentant des tumeurs fibreuses considérables qui avaient été prises pour des kystes ovariques: les deux plus volumineuses sont situées à la partie supérieure de l'utérus, et un grand nombre d'autres, beaucoup plus petites, dans la paroi postérieure de ce viscère: ces tumeurs se sont développées dans l'épaisseur même des parois; car on retrouve encore à leur surface des traces du tissu utérin. Les ovaires étaient sains. — Cette pièce a été recueillie sur une femme qui n'avait jamais eu d'enfants, mais dont la conqueite a toujours été extrêmement irrégulière. Elle est morte à l'Hôtel-Dieu (service de M. Caillard).

M. Deville fait remarquer qu'on n'a pas observé pendant la vie de tendance à l'abaissement, bien que le col ait un pouce et demi de long: c'est là un fait qui vient contredire l'opinion de la plupart des auteurs.

M. Pigné insiste sur la présence dans le col d'un grand nombre de vésicules qui pourraient bien être, suivant lui, l'origine de tumeurs fibreuses: ce qui le porte à émettre cette

opinion n'est la coïncidence de ces vésicules et des tumeurs fibreuses, coïncidence qu'il a pu constater un grand nombre de fois.

11. M. Bouteiller présente une tumeur sanguine enlevée par M. Richet sur une vieille femme de la Salpêtrière (Service de M. Manec). Cette tumeur, d'origine très ancienne, et qui était le siège d'élançements revenant chaque mois, était située dans la région lombaire, à 0^m,04 de la colonne vertébrale. Son pédicule était très petit, ce qui permettait de constater avant l'opération qu'elle était dure, lourde, et d'apparence fibreuse. A sa surface existaient des ulcérations, à base légèrement indurée, produites par la frottement de la peau sur le lit : après l'ablation de cette tumeur, on vit qu'elle était enkystée, que la peau qui la recouvrait était hypertrophiée, et que son tissu était formé en certains points par du sang coagulé consistant, et ailleurs par des masses jaunâtres, transparentes, gélatiniformes, semblables, dit M. Pigné, à celles que l'on voit dans certains cas de péritonite.

Pour M. Barth, cette tumeur est formée de sang coagulé, de fibrine décolorée en partie renfermée dans des mailles très larges, et enfin de cette matière jaune semblable à celle que l'on trouve dans l'œdème de la glotte, quand la partie séreuse a été absorbée : il n'y a d'ailleurs aucune trace de matière cancéreuse. Les vrais cancers, ajoute M. Barth, sont rarement pédiculés, et quand par hasard on rencontre des tumeurs cancéreuses pédiculées, c'est qu'elles ont dégénéré, car primitivement elles n'étaient pas carcinomateuses.

M. Pigné, rappelant que le pédicule a fourni au moment de l'opération une grande quantité de sang, croit pouvoir admettre ici une tumeur érectile : seulement elle n'a pas subi cette dégénérescence cancéreuse si fréquente chez les personnes âgées qui portent des tumeurs érectiles congénitales.

12. M. Pigné présente au nom de M. Bouteiller un exemple de fracture de la colonne vertébrale, survenue il y a 20 ans environ chez un homme de 35 ans qui était tombé du haut d'un arbre de

25 à 30 pieds. Les seuls renseignements que l'on puisse avoir apprennent qu'il est mort il y a 5 ans dans le service de M. Flaubert de Rouen, et qu'il n'y a pas eu de paraplégie. — Les altérations consistent dans une destruction presque complète des corps des quatrième et cinquième vertèbres lombaires, l'une à droite, et l'autre à gauche, et dans la production de jetées osseuses très volumineuses en avant et sur les côtés des vertèbres lombaires, ce qui donne à leur corps un diamètre beaucoup plus grand que celui qu'elles ont à l'état normal: ces productions osseuses cachent entièrement les disques intervertébraux. — Du côté du canal rachidien, l'on ne voit qu'une petite esquille qui ne pouvait en rien léser ou comprimer la moelle épinière. — M. Pigné profite de cette circonstance pour montrer combien ces jetées sont quelquefois utiles pour empêcher les accidents de compression: il rappelle une pièce qu'il a présentée en 1839, et sur laquelle la courbure de la colonne vertébrale n'avait pu se produire à cause du développement de ces ostéophytes: quelquefois dans les cas de cette espèce, le malade venant à faire une chute, ces produits de nouvelle formation se brisent, et il survient une courbure qu'ils étaient destinés à empêcher.

M. Barth croit pouvoir expliquer la destruction des deux corps vertébraux par une ostéite suppurante, et le maintien de ces os en place par une périostite avec productions osseuses.

M. Broca s'élève contre cette manière de voir, qui prête à la nature de bonnes intentions là où l'on ne constate que les résultats de phénomènes pathologiques, qui se passent chaque jour sous nos yeux. Ainsi, dans ces affections de la colonne vertébrale, il survient une périostite, celle-ci amène la sécrétion de tissu osseux; voilà le fait pur et simple: cette sécrétion se fait-elle dans un but utile? non; il serait facile de prouver que c'est le contraire dans le plus grand nombre de circonstances: en effet, s'il s'agit par ex. d'un abcès dépendant d'une destruction d'un disque vertébral ou de ses parties voisines, les jetées osseuses s'opposeront à ce que les parois de la

cavité se remettent en contact, circonstance si défavorable pour leur guérison.

Suivant *M. Pigné*, les jetées osseuses ne s'opposent pas à la guérison de l'abcès ; car si la cavité creusée dans l'os est en rapport avec du tissu fibreux, il se forme dans son intérieur du tissu cellulo-fibreux destiné à combler le vide, comme l'a si bien démontré *M. Cruveilhier* : c'est, au contraire, du tissu cellulo-graisseux qui se développe si la cavité de l'abcès ne se trouve point en rapport avec du tissu fibreux.

M. Barth appuie l'opinion de *M. Pigné* ; il pense, comme lui, que ces productions se font dans un but utile ; c'est un phénomène analogue à celui qui préside à la formation d'un nouvel os, quand l'os primitif est nécrosé.

13. *M. Blondeau* met sous les yeux de la Société la jambe d'un jeune garçon auquel *M. Guersant* fils a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou : on voyait dans le voisinage de l'articulation plusieurs fistules donnant issue à une grande quantité de pus : la jambe était fortement fléchie sur la cuisse. En ouvrant l'articulation, on voit, à l'extrémité inférieure du fémur entre les condyles en avant, une matière blanchâtre, grumeleuse semblable à de la matière tuberculeuse ramollie : les cartilages articulaires sont détruits dans le voisinage : la rotule est saine, ainsi que les ligaments articulaires. — Avant l'opération, le pied présentait un gonflement considérable mais sans fluctuation. En ouvrant l'articulation tibio-tarsienne, on donna issue à une grande quantité de pus : les surfaces étaient complètement dénudées ; on ne rencontra plus aucune trace de cartilages : la membrane synoviale était hypertrophiée et fongueuse.

14. *M. Gros* présente des poumons dont il a injecté les vaisseaux lymphatiques superficiels en poussant l'injection dans l'aorte. Il a déjà l'année dernière à différentes reprises injecté les lymphatiques des ovaires, en poussant l'injection dans les vaisseaux artériels ; il a obtenu les mêmes résultats sur les ovaires de la vache. Ces faits tendent à prouver la communi-

cation directe des vaisseaux lymphatiques et des vaisseaux sanguins : cette communication a-t-elle lieu par les artères ou par les veines ? cette dernière n'est généralement pas admise par les anatomistes ; et les pièces que je présente , ajoute M. Gros, prouvent que l'injection est arrivée par les artères dans les vaisseaux lymphatiques. Reste encore à démontrer s'il n'y a pas eu de déchirure des tissus intermédiaires. — Sur le poumon gauche qui présentait des pseudo-membranes à tous les états, M. Gros n'a pu faire pénétrer l'injection.

M. Cruveilhier fait observer à M. Gros que cette communication des vaisseaux lymphatiques et sanguins, est depuis longtemps démontrée par les anatomistes ; il n'en est aucun qui ne connaisse les résultats que l'on obtient en injectant l'artère splénique. — Ceci est exact, ajoute M. Gros ; mais on ne pouvait généraliser une observation faite sur la rate seulement.

Suivant M. Deville, cette communication résulte de la déchirure des tissus, et non point de l'anastomose des vaisseaux lymphatiques avec les vaisseaux sanguins.

15. M. Pigné montre, au nom de M. Demarquay, un exemple d'anomalie artérielle observée sur les gros troncs qui naissent de l'aorte.

Le tronc brachio-céphalique, placé au-devant de la trachée-artère, naît du point le plus élevé de la crosse de l'aorte, se porte directement en haut, et après un trajet de 0^m,007 à 0^m,008 se bifurque en deux troncs égaux qui, montant le long de la trachée, constituent les deux carotides primitives.

À gauche du tronc brachio-céphalique et sur la même ligne, on voit un second vaisseau qui va former l'artère sous-clavière gauche.

À gauche et en arrière de celle-ci, se trouve l'origine d'un troisième tronc qui se dirige horizontalement en arrière, se recourbe à droite après un trajet de 0^m,01 environ, se place ensuite entre l'œsophage et la trachée-artère, et se porte enfin horizontalement à droite au devant du N. pneumogastrique droit. C'est l'artère sous-clavière droite. — La trachée-artère et le N.

pneumogastrique gauche sont situés dans la concavité de la courbe formée par cette artère. — Quant au N. pneumo-gastrique droit, il passe, comme nous l'avons déjà dit, derrière la sous-clavière droite ; mais après avoir fourni tous les rameaux que le larynx reçoit ordinairement du N. récurrent de ce côté. Ainsi donc, ajoute le présentateur, nous constatons sur cette pièce :

1° La disposition anormale des trois gros troncs que fournit l'aorte ;

2° L'intégrité du N. récurrent gauche et du N. pneumogastrique du même côté ;

3° L'absence du N. récurrent droit ; les rameaux que ce dernier devrait fournir, venant tous du N. pneumogastrique droit.

Dans une pièce préparée pour un concours par M. Demarquay et placée dans les musées de l'Ecole de médecine, on voit une anomalie semblable des artères et du N. pneumogastrique.

M. Deville croit qu'il est possible d'expliquer l'absence du N. récurrent par la disposition des parties sur l'embryon : en effet, à une certaine époque de la vie intra-utérine, la crosse de l'aorte placée au niveau du larynx est, pour ainsi dire, à cheval sur le N. récurrent qui, à cette période est encore horizontal ; mais plus tard, par suite de l'allongement du cou, les rapports de l'aorte et du larynx changent, la crosse s'éloigne de plus en plus de ce dernier : il en résulte que le N. récurrent doit s'allonger et se recourber de manière à ne pas interrompre ses rapports avec le larynx. Mais sur la pièce que présente M. Pigné, le N. pneumogastrique droit se trouvant situé derrière l'A. sous-clavière de ce côté, la disposition des rameaux du pneumogastrique doit rester telle qu'elle est sur l'embryon, par suite de l'absence de la cause qui devait apporter des modifications dans cette distribution.

M. Deville rappelle, en terminant, que l'année dernière M. Hérard a présenté un cas d'absence du N. récurrent analogue à celui-ci, sans que ce membre eût noté la disposition des vaisseaux.

16. *M. Gubler* montre un petit kyste de l'ovaire contenant une matière analogue à un lait de chaux. Ce kyste, accolé au ligament rond, communiquait avec le tissu cellulaire qui entoure ce ligament; de telle façon que la gaine celluleuse, remplie de la même matière blanchâtre, aboutit à un abcès renfermé dans le trajet du canal inguinal et venant saillir au pénil. Pendant la vie, l'abcès augmentait de volume dans les mouvements de toux et d'expiration forcée : on l'ouvrit par le bistouri. A l'autopsie, on a trouvé le canal inguinal rempli de pus; le foyer était limité en bas par le ligament de Poupart; en haut, le pus avait disséqué et macéré le bord inférieur des muscles transverse et petit-oblique.

17. Chez un calculeux, âgé de 59 ans, mort dans le service de *M. Blandin*. *M. Bleu* a trouvé au sommet du poumon droit, sain d'ailleurs, et libre d'adhérences, une tumeur cartilagineuse du volume d'une amande. Cette petite tumeur, d'un blanc légèrement jaunâtre, lisse à sa surface, quoiqu'un peu ridée, est libre dans toute sa circonférence, et n'adhère qu'au sommet du poumon par un mince pédicule. A l'intérieur, elle paraît formée de lames fibrineuses repliées sur elles mêmes : le tissu en est moins pur que le cartilage, sauf un point partiel d'induration vers le pédicule.

M. Barth est porté à considérer cette production comme la transformation cartilagineuse de l'exsudation plastique d'une ancienne pleurésie. Mais il s'expliquerait difficilement comment cette petite tumeur a pu garder une position fixe au sommet du poumon, justement dans le cul-de-sac de la plèvre.

M. Bonnet partage l'opinion de *M. Barth* sur l'origine inflammatoire de cette tumeur; selon lui, la structure lamellaire que l'incision y fait découvrir peut indiquer la forme particulière de la fausse membrane primitive. Si l'on suppose, en effet, une de ces fausses membranes en forme de sac, ou mieux d'enveloppe de lettre, fermée de toutes parts, et renfermant entre ses deux lames une mince couche de liquide, on conçoit que

l'absorption progressive du liquide, et la rétraction consécutive des lames membraneuses, aient pu donner naissance à une masse fibreuse ridée à l'extérieur, et paraissant formée intérieurement de lamelles superposées.

18. *M. Blot* montre une petite tumeur extirpée par *M. Velpeau*. Cette tumeur est une de celles connues sous le nom de névrômes ou de tubercules douloureux de la peau. Elle était située sur la partie antérieure de la jambe, chez une femme âgée de 25 ans. Les douleurs causées par ce petit tubercule étaient intermittentes, et on les excitait à volonté par la pression. La dissection de la tumeur n'a montré qu'un noyau ayant la structure du tissu fibreux, et logé dans une gangue, ou dans un blastème d'un blanc bleuâtre, que *M. Lebert* a reconnu, à l'aide du microscope, comme étant complètement étranger au tissu cancéreux.

19. *M. Duclos* présente une tumeur de la cuisse qu'il a recueillie sur une femme de 53 ans, morte le 6 août 1847, à l'infirmerie de la Salpêtrière. — Cette tumeur, d'apparence cancéreuse, était située en arrière, au dessous du pli de la fesse gauche : son origine remontait à six ans. Elle a le volume du poing : la coupe de cette tumeur offre la couleur rosée du cancer encéphaloïde : on y voit des vaisseaux sanguins volumineux : sa surface est mamelonnée. — Aucun autre produit analogue dans les autres parties de l'économie. — L'examen microscopique ne peut y démontrer la présence des cellules caractéristiques du cancer.

20. *M. Bouteiller* présente un calcul du canal de Sténon observé chez une femme de 79 ans, entrée le 23 octobre dans le service de *M. Manec*, à la Salpêtrière. Cette malade éprouvait depuis 5 mois dans le côté droit de la face et dans la région parotidienne un vif sentiment de brûlure, et d'autres fois des élancements fort incommodes. Depuis lors est survenue une telle difficulté à ouvrir la bouche qu'actuellement on ne peut obtenir que 0,01 cent. d'écartement entre les mâchoires. —

Région parotidienne fortement engorgée, très saillante et très dure. — Pas de suintement dans cette région, au moment de la mastication; — En portant le doigt dans la bêtiche, au niveau de la 2^e molaire supérieure droite, l'en sent un petit corps dur dont l'origine remonterait, suivant la malade, à 6 semaines environ. Depuis l'entrée de la malade à l'infirmerie, on remarque que parfois la région parotidienne diminue sensiblement de volume: ce qui tiendrait, suivant le présentateur, à ce que la salive, s'accumulant derrière le corps étranger, dilate le canal de Sténon et s'échappe en passant sur les côtés du calcul: puis, lorsque l'écoulement a été suffisant pour permettre aux parois du canal de revenir sur elles-mêmes, le calcul oblitère alors ce dernier, jusqu'à ce qu'une nouvelle accumulation de liquide amène une nouvelle dilatation, et par suite un nouvel écoulement.

M. Manec put extraire ce corps étranger en passant la pointe de ciseaux ordinaires dans l'orifice du canal, et pratiquant dans cette direction une légère incision. Il retira de la sorte un calcul blanc, très-léger, de la grosseur d'un grain de bled, arrondi et lisse à une extrémité, pointu, irrégulier à l'autre extrémité: c'était cette dernière partie qui était placée du côté de l'orifice du canal de Sténon. Sa composition se rapproche de celle des os (75 part. de phosphate de chaux, 25 de carbonate, et des traces de matière animale).

Pendant les trois jours qui suivirent l'opération, la parotide diminua sensiblement de volume, puis se tuméfia de nouveau. Le gonflement était alors accompagné de douleur, de chaleur et de rougeur. Au commencement de décembre, deux larges incisions donnèrent issue au pus qui s'était formé: la résolution s'opéra peu à peu, et la malade quitta les salles vers la fin de décembre, complètement guérie. La salive avait repris son cours habituel.

21. M. *Fallin* montre plusieurs exemples de concrétions qu'il a rencontrées dans les veines spermatiques d'un homme de 60 ans environ. Quelques-unes sont formées par du sang

coagulé fibrineux : et l'on voit au centre de deux d'entre elles un petit point blanc, de consistance crétacée : ailleurs ces concrétions sont exclusivement crétacées. — Aucun renseignement sur l'état du système vasculaire.

22. M. Pigné présente, au nom de M. Demarquay, une tumeur cancéreuse du volume de la tête d'un enfant à terme, placée dans la poitrine, et se trouvant en rapport avec la veine cave supérieure et le tronc brachio-céphalique veineux gauche ; le poumon du même côté se trouvait nécessairement comprimé par elle. Cette tumeur pénètre à travers les parois du tronc brachio-céphalique veineux, et forme dans sa cavité une tumeur du volume d'une noix ; au-dessous de cette dernière, on voit un orifice conduisant dans le tronc brachio-céphalique veineux droit qui reste perméable, malgré la présence du prolongement de la tumeur dans son intérieur. Aussi n'observe-t-on pas d'œdème dans le bras droit et le côté droit de la face et du cou ; mais à gauche les mêmes parties sont le siège d'un œdème considérable dû à la compression du tronc brachio-céphalique gauche par la tumeur cancéreuse placée dans le tronc droit au-dessous du point où commence la veine cave supérieure. On n'observait pas de production cancéreuse dans d'autres parties du corps. Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 40 ans.

Le présentateur ajoute qu'il existe dans les musées plusieurs pièces semblables à celle-ci : une entre autres, au musée Dupuytren, donnée en 1803, par Corvisart, et sur laquelle on voit une tumeur cancéreuse qui s'était primitivement développée au cou, pénétrer dans le tronc brachio-céphalique veineux gauche, suivre ce vaisseau, et arriver jusqu'au cœur sans intercepter complètement le passage du sang. — Sur une deuxième pièce, déposée au musée de Vienne, le cancer a pénétré par la veine cave supérieure dans l'oreillette et le ventricule droit. — Le musée de Halle en contient encore un troisième exemple : il s'agit d'une tumeur du rein qui a envahi la veine rénale, a suivi la veine cave inférieure et est arrivée jusqu'au cœur.

M. Deville rappelle qu'en 1843 (*V. Bulletin de la Société*, 18^e année, p. 39), A. Bérard a présenté un cas de tumeur cancéreuse du cou qui avait envahi la veine jugulaire interne.

23. M. Richard a reçu d'un membre de cette société, M. Lacanal, une pièce provenant d'une jeune fille de 3 ans, convalescente d'une fièvre typhoïde mal caractérisée, et qui offrait depuis quelques jours des traces de diphthérie à la bouche. Ce produit, rendu par l'anús, consiste en une espèce de végétal ou d'animal formé d'un tronc d'où partent des ramifications nombreuses terminées par de petits corps brunâtres et durs, et qui sont tombés pour la plupart. Quelques-uns cependant sont encore à leur place. A l'état frais, ce produit était formé par une matière blanchâtre, de la consistance du blanc d'œuf coagulé, et recouverte d'une espèce d'épithélium mucilagineux, et qui, au microscope, a présenté de larges cellules arrondies, analogues à celles de l'épiderme; aucune de ces cellules n'a présenté de noyau. La pièce a été desséchée sur le papier, après avoir été imbibée d'eau-de-vie.

M. Barth rappelle que quelques auteurs ont parlé d'algues trouvées dans le rectum; la pièce que présente M. Richard peut-elle leur être assimilée?

24. M. Notta présente une tumeur qu'il a recueillie sur un homme de 74 ans, mort à la suite d'une bronchite capillaire entée sur une bronchite chronique; cette tumeur, qui était située à la main gauche dans un espace interdigital, a le volume d'une petite noix: elle est pédiculée et mobile sur les tissus sous-jacents; la peau qui la recouvre est lisse et tendue. Pendant la vie, on y percevait des battements. — Pas de fluctuation. — Son origine remontait, suivant le malade, à 30 ans.

A la dissection, on constate que cette tumeur, enveloppée d'une membrane fibreuse assez résistante, est formée au centre par un tissu spongieux, et au pourtour par un produit d'apparence fibrineuse. Une artère pénétrait par la face profonde, et se ramifiait dans l'épaisseur de cette tumeur. — MM. Lebert et Robin, qui l'ont examinée au microscope, la considèrent comme une tumeur fibreuse qui se serait vascularisée.

25. *M. Jules Dubois*, élève des hôpitaux, présente un exemple de dilatation notable avec amincissement des parois de tous les sinus des fosses nasales.

Sur une femme d'une trentaine d'années, bien conformée, servant aux dissections à l'amphithéâtre des hôpitaux, on préparait le voile du palais, et on séparait l'un de l'autre les muscles péristaphylins gauches, lorsqu'on s'est aperçu que le sinus maxillaire de ce côté était percé par une large ouverture anfractueuse, bordé de quelques fragments osseux presque isolés. En examinant avec soin, on a trouvé que ce sinus était le siège d'une lésion singulière qui se retrouvait dans tous les autres sinus.

Les *sinus sphénoïdaux*, extrêmement considérables, occupent toute l'épaisseur du corps du sphénoïde, qui est réduit à n'être plus formé que par quelques lames minces, presque aussi fragiles que l'os planum de l'éthmoïde.

Les *sinus frontaux* sont fort développés, et les lames osseuses du frontal qui les circonscrivent sont très-peu épaisses.

La même lésion existe dans les *cellules ethmoïdales*, mais à un degré moins prononcé, excepté à gauche, où l'os planum est déjeté dans l'orbite, de manière à former une surface notablement convexe. En se déjetant ainsi, l'os planum, déjà si mince naturellement, s'est encore aminci, et a disparu vers la partie postérieure, en sorte qu'une ouverture irrégulière de près de deux centimètres, fait communiquer les cellules ethmoïdales postérieures avec la cavité orbitaire sur le squelette sec. A l'état frais, les parties molles qui n'offraient pas la moindre trace d'altération, fermaient cette ouverture.

La dilatation avec amincissement des parois est remarquable, surtout dans le *sinus maxillaire gauche*, et a réagi sur toutes les parties voisines. La fosse canine a presque disparu pour faire place à une surface convexe en avant. Le plancher de l'orbite est convexe au lieu d'être concave, et le caual sous-orbitaire très-aplati est déjeté en dehors, de façon à décrire une convexité dans ce sens.—La tubérosité maxillaire très-élargie, et consti-

tuée seulement par une lame osseuse papyracée, se porte à près de trois centimètres plus en arrière que la tubérosité maxillaire droite. La lame osseuse a été absorbée sur toute sa surface postérieure, en même temps qu'une bonne partie de l'apophyse ptérygoïde, de telle sorte que le sinus maxillaire, sur le squelette sec est complètement béant en arrière, par une ouverture anfractueuse de plus de quatre centimètres de diamètre. Les parties molles, qui entouraient et fermaient cette ouverture osseuse, étaient saines d'ailleurs, ainsi que la muqueuse des sinus.

La même lésion, mais moins prononcée, existe dans le sinus maxillaire droit.

Les sinus étaient pleins d'air comme à l'état normal, et rien ne pouvait donner la raison de l'état de ces cavités.

La cloison des fosses nasales est fortement déjetée à droite.

26. M. Triquet présente les voies urinaires d'un jeune homme de 18 ans, mort d'une néphrite purulente qui reconnaissait pour cause un calcul vésical. — Constitution détériorée, que l'on ne peut rapporter à aucune cause héréditaire, car tous ses parents jouissent d'une excellente santé. — Depuis une tentative de lithotrithie faite au mois de mai 1847, par un chirurgien de Lille, le malade éprouve des douleurs qui n'ont fait qu'augmenter : les urines ne sont plus limpides et répandent une odeur très-fétide. — Un peu de fièvre le soir. — Inappétence et troubles digestifs. — Impossibilité de se livrer au moindre exercice sans augmenter les douleurs. — Entré le 10 août, à l'hôpital de Bon-secours (serv. de M. Denonvilliers), on constate l'existence de ces symptômes, et de plus une diarrhée abondante : pendant la nuit, épreintes vésicales assez fortes pour arracher des cris au malade. — Depuis son enfance, douleur constante à l'extrémité de la verge et souvent aussi à la région rénale ; urines souvent troubles, sanguinolentes, surtout depuis la tentative de lithotrithie. — Sentiment de pesanteur à l'anus. Le cathétérisme fait reconnaître l'existence de plusieurs calculs ; le toucher rectal montre qu'ils sont assez

volumineux.—L'état général ne permit de tenter aucune opération : mort dans le marasme, le 4 novembre.

A l'autopsie, pleuro-pneumonie à droite ; puis du côté des voies urinaires, vessie fortement contractée sur elle-même ; elle offre à peine le volume d'un gros œuf de poule : elle contient 3 calculs à facettes, du volume d'une aveline chacun ; ils sont grisâtres ; leur écorce est très-friable, et le centre de même couleur, semble un peu plus dur ; l'analyse chimique prouve qu'ils sont formés de phosphate ammoniaco-magnésien.

—Les colonnes charnues de la vessie sont hypertrophiées. — Les uretères sont dilatés et du volume du doigt d'un adulte.

Les reins sont mamelonnés, d'un volume double de l'état normal ; ils adhèrent intimement au tissu cellulaire ambiant et au péritoine placé au devant d'eux. — A travers leur tunique fibreuse, on voit la saillie formée par plusieurs petites tumeurs, fluctuantes qui ne sont autre chose que des abcès multiples, développés dans l'épaisseur de la couche corticale des reins. Une incision longitudinale permet de constater que la substance corticale est réduite à une épaisseur de quelques lignes, et que la substance tubuleuse est presque atrophiée en plusieurs points.—Les calices et le bassinnet ont subi une énorme dilatation.

A cette occasion, M. Caudmont rappelle à la société que M. Civiale pratique immédiatement la taille, quand une première tentative de lithotritie amène des accidents inflammatoires ; sa conduite est en cela bien différente de celle de tous les chirurgiens et de Dupuytren, entre autres, qui recommandait d'attendre la cessation de tous les phénomènes inflammatoires ; pour en agir ainsi, M. Civiale s'appuie sur ce fait d'observation générale que les accidents que nous venons de signaler emportent presque toujours les malades au bout d'un temps plus ou moins long. — Avant de se décider à prendre un parti, il faut éviter de confondre les symptômes de la cystite avec ces phénomènes qui résultent du surcroît d'excitation de la vessie : ces derniers ne présentent pas en général de gravité,

et cèdent facilement à l'emploi des opiacés, dont l'usage est à peu près inutile dans la cystite. Si maintenant ces phénomènes de contractilité avaient une gravité extrême, il serait très-difficile de les distinguer de ceux qui accompagnent la cystite ; on devrait alors employer les moyens qui réussissent dans ces cas d'excitation, et si au bout de deux ou trois jours, il n'y avait pas d'amélioration, c'est qu'on aurait affaire à une cystite ; il faudrait alors tailler immédiatement.

Suivant M. Depaul, cette distinction est un peu subtile : et, malgré les caractères indiqués par M. Caudmont, il ne sait à quoi rapporter ceux qu'il a observés chez un malade de la ville, qui, à la suite d'une première séance de lithothritie, avait éprouvé des accidents très-graves, appartenant à une cystite accompagnée d'une fièvre très-intense, pendant huit jours surtout. Au bout d'un mois, on put envoyer le malade à la campagne, d'où il revint après trois mois de séjour : de nouvelles tentatives de lithrothritie faites à cette époque amenèrent la guérison du malade.

27. M. Gruby montre un exemple de déchirure du cœur observée sur un animal tuberculeux, sur lequel il donne les renseignements suivants :

En avril 1845, on me présenta un bœuf âgé de trois ou quatre ans, maigre, mais bien développé, de moyenne taille. L'animal avait la respiration courte ; on entendait un bruit de roulement dans la région du cœur ; l'animal mangeait bien.

Janvier 1846, l'animal est placé dans une étable bien aérée ; examiné avec attention : respiration courte, percussion du thorax donnant une matité qui s'étend à un tiers du côté gauche entre le sternum et les vertèbres. Dans le même endroit, aucun mouvement aucun bruit de respiration. On entend au contraire dans toute l'étendue de la matité, un roulement non interrompu, cependant plus fort pendant la systole que pendant la diastole. Les bruits du cœur existent, mais ils sont voilés par le roulement.

Mai 1846, respiration courte, accélérée ; matité du côté

gauche, s'étendant à la moitié de l'espace compris entre le sternum et les vertèbres; le bruit de roulement du cœur est entremêlé d'un craquement analogue à celui que l'on produit en brisant de la paille sèche. L'animal mange comme à l'ordinaire, et cependant il a maigri; il est triste et paresseux pour les mouvements; il se couche très-rarement.

Au printemps 1847, l'animal est émacié, ne peut plus se relever seul, marche difficilement; la matité s'étend à presque tout le côté gauche; les bruits de roulement et de craquement du cœur sont tellement forts que l'oreille, placée à la distance d'un centimètre de la peau, les entend distinctement.

Octobre 1847, maigreux encore plus prononcée; respiration à 50 par minute; les bruits de roulement et de craquement ressemblent au roulement et au craquement de certains coups de tonnerre qui se font entendre dans l'éloignement; les battements du cœur ne sont plus entendus, les bruits du cœur ne sont plus perceptibles. L'animal n'a rien perdu de son appétit.

6 novembre, mort dans son étable.

Autopsie.—A l'ouverture du *thorax*, on remarque une masse dure, remplissant plus de la moitié de toute la cavité thoracique, comprenant le cœur, le péricarde et le médiastin; le poumon gauche comprimé est refoulé contre la partie antérieure du thorax; le poumon droit aplati; les deux poumons sont libres à leur surface externe; il y a un peu de sérosité épanchée.

Cette masse, retirée du thorax, pèse 45 kilog. A l'inspection on reconnaît qu'elle est composée de corps ronds, jaunâtres, dont le diamètre est d'un millimètre à un centimètre. La surface de ces corps est plus ou moins lisse dans quelques endroits; dans d'autres elle est adhérente au tissu cellulaire. Ces corps sont isolés ou agglomérés. En les ouvrant, on voit que leur intérieur est plein, solide. Au centre, ils contiennent un noyau de matière cristalliforme; d'autres sont changés complètement en matière pierreuse.

En fendant toute cette masse pathologique pour chercher le cœur, nous voyons que toute la masse elle-même n'est autre

chose que les parois du cœur. Les cavités de cet organe, et surtout le ventricule et l'oreillette droits, sont très dilatés ; elles renferment un caillot sanguin pesant un kilog. A la surface postérieure, le ventricule droit présente une déchirure de deux centimètres d'étendue. Cette déchirure conduit dans une cavité remplie d'un caillot de sang noir ; les parois inégales de cette dernière sont formées par la masse pathologique ; le diamètre de cette cavité est de 10 sur 15 centimètres ; à l'endroit de la déchirure, la substance musculaire du cœur a presque complètement disparu ; elle n'a plus qu'un millimètre d'épaisseur ; dans d'autres endroits, la substance musculaire est entremêlée d'un tissu fibreux, et des corps ronds ou tubercules dont nous avons parlé.

Les parois du ventricule gauche sont également parsemées de tubercules. Les valvules, les colonnes charnues et les gros vaisseaux sont à l'état normal, ainsi que les deux poumons. Ces derniers ne présentent que quelques adhérences fibro-celluleuses avec la masse pathologique ; leur tissu est sain.

Abdomen. Au milieu de l'abdomen, on rencontre une agglomération de tubercules, formant une masse de 40 centim. sur 60 ; elle adhère çà et là avec le péritoine pariétal, se continuant sans intermédiaire avec la substance du foie : cette masse s'est formée dans l'épiploon.

Le foie est double de son volume normal ; à sa surface et dans son intérieur, on voit des tubercules de différentes dimensions, d'un millimètre à huit centimètres de diamètre. Les petits sont ordinairement ronds, et changés en matière calcaire : les grands sont ramollis ; on y voit une matière pultacée, onctueuse, tenace, blanc-jaunâtre ; ces derniers sont placés dans des cavités dont les parois sont lisses en partie à l'intérieur, et intimement unies à la substance du foie par leur surface externe.

Les autres organes sont à l'état normal.

L'analyse microscopique montre la présence de la matière tuberculeuse (corpuscules ou cellules du tubercule) et de plus

des cristaux du système rhomboïdal solubles sans effervescence dans l'acide acétique affaibli (phosphate à base terreuse).

28. M. *Blondeau* présente le poumon gauche d'un enfant de 3 ans $1\frac{1}{2}$ sur la poitrine duquel était passée une roue de voiture et qui mourut dans le service de M. Guersant fils, à l'hôpital des Enfants malades.

On ne constata pour tout symptôme pendant la vie qu'une douleur très-vive dans le côté. — Du reste, pas de traces de contusion ni de fracture. — Aucun signe de paraplégie. — A l'autopsie, on trouva dans la poitrine à peu près un verre de sang noir en partie coagulé; il y avait en même temps une déchirure ayant la forme d'une étoile à 3 branches et siégeant sur le lobe supérieur du poumon gauche : cette division paraissait avoir dans sa partie la plus profonde environ $0^m,025$ et chacune des branches de $0^m,02$ à $0^m,03$. — L'épiphyse de la face inférieure du corps de la 5^e vertèbre dorsale était en même temps détachée, mais sans lésion de la moelle épinière.

29. M. *Pigné* fait voir trois tumeurs provenant de différents malades, offrant les unes et les autres des bosselures en plus ou moins grand nombre, une consistance à peu près égale, un développement considérable du système veineux : toutes trois étaient également le siège de douleurs lancinantes. La 1^{re}, la plus volumineuse, siégeait à l'épaule droite; son début remonte à 11 ans : La 2^e n'a que 7 ans de date, et siége à la jambe; la 3^e, plus petite que les autres, occupait le genou, où elle avait paru pour la première fois il y a six ans.

1^o *Tumeur de l'épaule.* — Observée sur un jeune homme de 33 ans, qui s'était d'abord présenté à M. Jobert, puis à M. Richet, suppléant de M. Malgaigne (hosp. St-Louis); cette tumeur était dure, inégale et faisait des progrès continuels : elle s'étendait depuis le coude jusqu'au cou en haut, au sternum en avant et à l'omoplate en arrière, en même temps qu'en bas elle recouvrait une partie du thorax. Ne croyant pas, après un examen attentif, à la malignité de la tumeur qui paraissait plutôt de nature chondroïde, M. Richet se décida à pratiquer

une opération que le malade réclamait du reste avec instance. Après avoir fait l'éthérisation, le chirurgien pratiqua, par une incision convenable, un lambeau elliptique sur le moignon de l'épaule ; après quoi il fit deux nouvelles incisions partant toutes deux de la base du lambeau et descendant, l'une en avant, l'autre en arrière de l'épaule, et venant se rejoindre sous le creux de l'aisselle, au niveau des limites de la tumeur. Il disséqua la peau dans une petite étendue, coupa les muscles qui recouvraient la tumeur et sépara facilement ensuite cette dernière, en entrant en plein dans l'articulation scapulo-humérale. Le malade mourut au bout de huit jours.

Examen de la pièce. — De forme à peu près sphérique, cette tumeur est recouverte en arrière par le muscle triceps qui est très-aminci, et, pour ainsi dire, transformé en tissu fibreux : le muscle biceps est de même aminci par suite du développement de la tumeur. A l'intérieur, cette dernière présente tous les caractères physiques et microscopiques des tumeurs fibreuses, telles qu'on en observe si souvent dans l'utérus : on rencontre çà et là des parties ossiformes : ce sont tantôt des noyaux, tantôt des aiguilles. On y remarque plusieurs cavités dont une, beaucoup plus grande et qui communique avec quelques autres, renferme une matière brune semblable à du sang altéré, et contenant des paillettes de cholestérine. Les 2/3 supérieurs de l'humérus ont complètement disparu. Quant au 1/3 inférieur, il est recouvert par le tissu de la tumeur qui envoie également des prolongements dans le canal médullaire jusqu'au niveau de l'épiphyse.

2° La 2^e pièce provient du service de M. Denonvilliers (hôpital de Bon-secours). C'est une tumeur du volume des deux poings développée à la partie postérieure de la jambe, et qui adhère au périoste du péroné au niveau du 1/3 moyen de la longueur de cet os. Cette tumeur est formée à l'extérieur par une enveloppe fibreuse, résistante, contenant à l'intérieur une matière liquide sur la nature encéphaloïde de laquelle il n'est point possible d'élever le moindre doute. Sur les côtés de cette tumeur, on en

trouve plusieurs beaucoup plus petites, pressées les unes contre les autres, et ayant la forme de galets. — Les muscles de la jambe sont épanouis et tendus à la surface de ces tumeurs ; ce qui leur donne une apparence régulière et sphérique, bien qu'en réalité leur surface soit bosselée.

3° La troisième pièce a été recueillie sur une femme de 22 ans, dans le service de M. Jobert (hôpital Saint-Louis). Cette tumeur, qui a pris naissance dans le périoste, à la partie postérieure du tibia, a pénétré jusque dans le canal médullaire : elle est limitée à ce niveau par le tissu compact qui est éburné. Une injection faite dans les artères, de concert avec M. Demarquay, démontre l'existence d'un grand nombre d'artérioles dans toute l'épaisseur de la tumeur, qui est formée de tissu fibreux, fibro-cartilagineux aréolaire : on y trouve aussi, dans certains points de la surface, des portions ossiformes : mais celles-ci sont en beaucoup moins grand nombre que dans la première pièce, qui présente d'ailleurs une structure beaucoup plus fibreuse. — Les tendons des muscles demi-tendineux et demi-membraneux se trouvent compris dans le tissu de la tumeur.

Après avoir présenté les trois pièces que nous venons d'indiquer, M. Pigné ajoute que les ostéosarcomes ou tumeurs cancéreuses des os sont assez fréquentes d'une manière absolue, mais que, comparées aux tumeurs de bonne nature du tissu osseux, elles sont très-rares. Il s'appuie sur le grand nombre de pièces déposées, comme étant de nature cancéreuse, au musée Dupuytren, et qui n'offrent presque toutes aucun des caractères du cancer. Il rappelle, à cette occasion, l'histoire d'un malade qui en 1822 vint trouver Dupuytren pour se faire enlever une tumeur de l'épaule plus volumineuse encore que celle de M. Richet. Dupuytren n'osa pas l'opérer. Le malade, en retournant dans sa patrie (la Suisse), s'arrêta à Lyon où M. Gensoul lui proposa l'opération. Celle-ci fut pratiquée avec un plein succès ; ce chirurgien enleva la clavicule et l'omoplate avec le bras : la tumeur pesait 32 livres. Le ma-

lade guérit parfaitement et fut rencontré 11 ans après l'opération, jouissant d'une très-bonne santé.

30. *M. Lacaze Duthiers* présente l'utérus d'une femme de 72 ans qui n'a jamais eu d'enfants. Le col de cet utérus, atrophié à sa partie supérieure, présente une longueur de 0^m, 08. — Pas de prolapsus utérin.

31. *M. Deville* présente une pièce desséchée sur laquelle on voit une luxation ancienne de la première phalange du pouce : l'extrémité supérieure de cette dernière est placée en arrière et un peu en dehors de la tête du premier métacarpien avec lequel elle forme un angle obtus, ouvert en arrière. Immédiatement au-dessus de la saillie formée par la phalange, on voit un os de nouvelle formation, adhérent au premier métacarpien, et s'articulant avec la phalange qui pouvait encore se fléchir un peu.

M. Deville fait remarquer qu'on ne voit aucune trace de la boutonnière musculaire de *M. Vidal-de-Cassis* ; qu'on y retrouve au contraire deux autres obstacles signalés par les auteurs : 1° la luxation du tendon du *M. long fléchisseur* du pouce qui est placé en dehors et en arrière de la tête du métacarpien, et qui forme ici un obstacle réel analogue à celui fourni par le tendon du biceps dans la luxation scapulo-humérale (*A. Cooper*) ; 2° le déplacement du ligament glénoïde qui, adhérent plus à la phalange qu'au métacarpien, abandonne celui-ci avec les os sésamoïdes.

M. Pigné fait observer que dans les expériences de *M. Paillex* (*V. Bull. de la Soc.*, 1826, 2^{me} édit. p. 142), le tendon du long fléchisseur se trouvait déjeté en dedans, tandis que les extenseurs se trouvaient relâchés, ce qui infirmerait la théorie de *M. Deville*.

32. *M. Deville* présente une pyélite calculeuse qu'il a rencontrée sur le cadavre d'un homme de 30 ans environ. L'urètre n'offre rien de particulier ; la vessie est affectée d'une phlegmasie chronique probablement consécutive : rien au rein droit ; le gauche est converti en de nombreuses poches, dont

les parois minces présentent à leur surface interne une pseudo-membrane assez épaisse : dans une de ces poches existe un calcul considérable qui envoie deux prolongements dans les calices, et forme un obstacle à l'écoulement de l'urine dans l'urètre, qui est, du reste, enflammé dans toute sa longueur. — On voyait encore dans les calices deux autres petits calculs, dont l'un adhérait fortement à la membrane muqueuse.

33. *M. Pigné* présente, au nom de *M. Follin*, une luxation de la première pièce du sternum sur la deuxième, observée sur un homme de 45 ans, qui était tombé d'un deuxième étage très-élevé ; la chute avait eu lieu sur le dos, dans un promenoir sablé, et la mort avait été immédiate. Le fragment inférieur est porté en avant ; et le périoste est décollé à la partie postérieure du sternum et déchiré à la partie antérieure, ainsi que les muscles pectoraux. — Les cartilages sont arrachés et décollés des surfaces sternales correspondantes.

Sur le même malade on a constaté une fracture de l'appendice xyphoïde, une déchirure du foie en deux points de sa face inférieure et un léger épanchement de sang dans la cavité abdominale. — Fracture du calcanéum droit, sans déformation ni augmentation de volume du talon, reconnue pendant la vie, à l'aide de la crépitation. — *M. Pigné* montre en même temps une pièce du Musée Dupuytren, où il y a également disjonction des surfaces articulaires du sternum qui sont intactes. — Il rappelle le travail de *M. Maisonneuve*, et comme circonstance étiologique, il établit que ces luxations sont produites par cause indirecte et que de plus elles n'ont jamais eu lieu dans les chutes sur le dos.

Suivant *M. Richard*, on peut admettre avec *M. Pigné* que ces luxations se produisent par cause indirecte : cette proposition est vraie, émise d'une manière générale ; mais il ne faut pas la présenter d'une manière absolue ; car le premier exemple de luxation que l'on connait avait été précisément produit par cause directe : l'observation se trouve rapportée dans le

Journal de médecine, 30^e vol., par un médecin de Rouen, nommé Auran. — Quant à la proposition relative aux chutes sur le dos comme cause de ces luxations, M. Richard ne pense pas qu'il faille les rejeter complètement; il croit que M. Maisonneuve en a observé, puisque ce chirurgien, en établissant le mécanisme de ces luxations, suppose une chute portant directement sur le scapulum.

M. Pigné ne connaît pas d'exemple de luxation de ce genre, et croit que dans les cas cités par M. Maisonneuve la chute avait porté soit sur la nuque, soit sur la partie inférieure du rachis.

M. Fredault dit avoir également observé une luxation du sternum sur un homme qui du haut du Pont-Neuf était tombé dans le fleuve; il avait en même temps une fracture de l'épine dorsale, ce qui ferait supposer que la chute avait eu lieu sur le dos, et que la luxation du sternum s'était produite dans les circonstances, en faveur desquelles a réclaté M. Richard.

4. M. Courtin présente une dilatation du cœur, sans hypertrophie, observée sur un sujet affecté d'asthme continu depuis deux ans, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu (annexe), service de M. Beau, le 14 septembre 1847. Le malade, âgé de 40 ans, et qui venait à l'hôpital pour son asthme, n'avait jamais éprouvé de palpitations ni d'oppression avant l'invasion de ce dernier, parfaitement caractérisé d'ailleurs au point de vue des symptômes et de l'étiologie. — OEdème des jambes depuis 8 jours, lors de l'entrée à l'hôpital. — Pouls radial, petit, mou, irrégulier, parfois insensible et précipité; l'artère est assez résistante sous le doigt, dans l'intervalle des pulsations. Délimitation du cœur impossible par le fait de l'emphysème pulmonaire; l'impulsion est forte; même irrégularité de rythme qu'au pouls; aucun bruit anormal. Les battements précipités, confus, frappent par instant l'oreille comme un bredouillement, puis se font une ou deux fois avec régularité, pour retomber ensuite dans le même désordre. — M. Beau diagnostiqua un défaut de proportion entre le volume de l'onde sanguine lancée par l'oreillette et la capacité du ventricule.

Le malade, soulagé de son asthme, mais-retenu à l'hôpital par quelques accidents apoplectiques, en sortit le 18 octobre suivant, dans un état général satisfaisant. Mais, comme on pouvait s'y attendre, cette amélioration ne se maintint pas ; et le 16 novembre il rentrait dans le service, présentant, outre les symptômes dyspnéiques habituels, mais beaucoup plus marqués, les signes d'une pleurésie aiguë, avec épanchement encore peu abondants, et névrite des septième, huitième et neuvième espaces intercostaux, à droite. Les bruits et mouvements du cœur ont le même caractère que précédemment : le poulx est complètement insensible aux radiales. Cyanose légère de la face, refroidissement sensible des extrémités, œdème des jambes, etc. Dès le 19, orthopnée continuelle, cyanose complète de la face, des mains ; mort le 20 au soir.

L'autopsie, faite le 22, confirma les divers diagnostics portés ; je n'insisterai que sur ce qui a trait aux pièces anatomiques mises sous vos yeux.

Un peu de sérosité sanguinolente louche dans le péricarde ; cœur énorme, 0 m. 14 de diamètre transversal à la base des ventricules ; 0 m. 10 de hauteur, de la base à la pointe. Fortement gonflé par du sang, gelée de groseille, homogène, qui remplit toutes les cavités : il pèse, en cet état, 1,007 grammes. Complètement vidé, cet organe ne pèse plus que 567 grammes, poids peu considérable relativement à son volume apparent. Le peu d'épaisseur de ses parois nous en donne la raison ; elles ne s'éloignent pas sensiblement de l'état normal. Les orifices sont normaux ; car je ne crois pas devoir attacher d'importance à un très-léger épaissement de la partie moyenne du bord libre de la valvule mitrale, sans rigidité de cette partie. — L'aorte est tout à fait saine. Entre le diamètre de ce vaisseau et celui du ventricule gauche, nous noterons une différence considérable ;

Le diamètre est pour le ventricule,	57 millim.
— l'aorte,	19

Le tiers seulement ; disproportion frappante, surtout depuis

des recherches récentes de M. Beau établissant qu'à l'état normal, les diamètres du ventricule gauche et de son artère sont sensiblement égaux.

Comme explication de l'augmentation subite de la dyspnée, vingt-quatre heures avant la mort, je mentionnerai quelques caillots, couleur d'ambre, de consistance gélatineuse, engagée dans les colonnes du ventricule droit, et un caillot fibrineux bien organisé, très-adhérent, logé dans la pointe du ventricule gauche (*Extrait de l'observ.*).

A l'occasion de cette pièce, M. Mailliot fait remarquer que pour expliquer l'asthme chez ce malade, il y a l'état du cœur et celui des poumons; ainsi le cœur, contradictoirement à ce que vient de dire M. Courtin, lui paraît notablement hypertrophié et ses cavités dilatées; d'un autre côté, il ne comprend pas que M. Courtin ait été dans l'impossibilité de limiter cet organe, car il est toujours possible de poser ces limites, quelle que soit l'étendue de l'emphysème pulmonaire.

M. Courtin répond qu'il ne peut admettre l'hypertrophie, et qu'il n'a pu délimiter le cœur à cause de l'emphysème.— Quant à l'asthme, il l'explique par les mucosités bronchiques, que présentait ce malade et qu'on reconnaissait par le râle vibrant: c'est en un mot un *catarrhe bronchique avec dyspnée* qui est à ses yeux la cause constante de l'asthme.

Pour MM. Fredault, Hérard et Mailliot, il existe réellement un asthme indépendant du catarrhe bronchique, c'est l'asthme nerveux à la suite duquel se produit souvent l'emphysème.

M. Richard croit que les mesures de l'aorte n'ont pu être bien prises, car ce vaisseau ne se trouve pas même ouvert; ainsi le présentateur a mesuré l'aorte à une certaine distance de son orifice; or, ce qu'il y a d'utile au point de vue clinique, c'est de mesurer l'aorte à sa naissance, afin de savoir la corrélation qui existe entre la capacité du ventricule et l'orifice par lequel le sang doit s'échapper. En prenant la mesure, comme on l'a fait sur cette pièce, à 3 ou 4 centimètres environ de cet

orifice, on prend une mesure à peu près inutile; car elle ne peut, dans l'espèce du moins, expliquer les phénomènes pathologiques relatifs au cœur.

M. *Courtin* répond que le point où l'on prend cette mesure n'a pas grande importance, et que pour lui il a jugé tout aussi utile de mesurer la circonférence du vaisseau à une certaine distance de son émergence.

Sur la pièce de M. *Courtin*, M. *Pigné* fait remarquer qu'il existe un anévrysme partiel avec cardite de la pointe; il note aussi l'hypertrophie des parois et l'existence d'un caillot placé dans une cavité où les colonnes charnues ont disparu par pression. Ce caillot adhère au-dessous des colonnes, et ne fait point saillie dans le cœur.

M. *Courtin* persiste à nier cet amincissement de la pointe et cette hypertrophie du cœur : cet organe lui paraît être à l'état normal : quant au caillot, il est un peu ancien et non organisé; dans tous les cas il n'est pas le produit d'une inflammation.

M. *Pigné* maintient comme évident cet amincissement de la pointe ainsi que l'hypertrophie des parois; le caillot, en stimulant le cœur, a amené cette dernière. — Cette explication lui paraît parfaitement légitime en présence de la pièce qu'il a sous les yeux.

35. M. *Blondeau* présente le pouce d'un enfant de 9 ans, amputé par M. *Guersant* fils, pour une carie de la première phalange. Le début de cette affection remontait à 4 ans; à cette époque, l'enfant s'était blessé avec des ciseaux, et malgré les soins qui lui avaient été donnés, les bains de mer entre autres, le mal n'avait fait qu'emplir, et l'amputation était devenue nécessaire. — La première phalange a presque complètement disparu; la deuxième n'est pas altérée; mais les parties molles qui l'entourent sont considérablement hypertrophiées; l'ongle lui-même est plus large que celui d'un adulte.

36. M. *Gubler* demande la permission de dire quelques mots sur un point relatif à l'éthérisation.

On apporta, le 26 novembre, à l'hôpital Necker, un charretier qui, surpris par l'éboulement d'un pan de muraille, venait d'avoir l'avant-bras écrasé. Les désordres étaient tels que l'amputation ne pouvait être différée. Le blessé fut soumis d'abord à l'inspiration du chloroforme; mais on abandonna presque aussitôt l'agent dont l'action était inconnue, pour recourir au procédé ordinaire. L'insensibilité fut complète, et M. Lenoir pratiqua la désarticulation du coude, sans que le patient en eût conscience. Je pensai qu'il serait curieux de voir si l'éthérisation étendait son influence sur l'irritabilité musculaire. Cinq minutes environ après qu'il eût été séparé du corps, je commençai quelques expériences faciles sur le membre amputé.

La piqûre des masses musculaires déterminait aussitôt la contraction des fibres dans le point piqué et à certaine distance autour de ce point. Des portions très courtes de fibres comprises entre deux sections transversales des muscles se raccourcissaient aussi instantanément sous l'influence d'une irritation mécanique.

La piqûre, la section, la déchirure du nerf cubital provoquent la contraction des muscles fléchisseurs des doigts.

Je continuai ces expériences durant près de vingt-cinq minutes, et j'obtins jusqu'à la fin les mêmes phénomènes; mais tandis que la contractilité fibrillaire provoquée par l'irritation directe des masses charnues n'avait encore presque rien perdu de son énergie, au contraire; la contraction musculaire dépendant de l'irritation du nerf cubital était presque anéantie; je dois ajouter que l'irritation mécanique du nerf médian, même au-dessous de la partie contuse du membre, n'a jamais déterminé le moindre mouvement.

M. Gruby annonce qu'il a obtenu sur les animaux les mêmes résultats que M. Gubler, et qu'il a pu étudier les phénomènes de la contractilité musculaire sous le microscope, sur des membres amputés après l'éthérisation de l'animal.

37. M. Gubler présente une fracture du col du radius avec

décollement et luxation de l'épiphyse observée chez une enfant affectée de syphilis constitutionnelle. — Frénot (Louise Adrienne) est née bien constituée; pendant les premières semaines de sa vie, elle présente les apparences d'une bonne santé et se développe bien; mais vers la fin du deuxième mois, elle prend un rhume de cerveau et se couvre de taches; dès-lors elle pâlit et ne profite plus.

Quand cette petite fille entre pour la première fois à l'hôpital Necker, nous constatons chez elle tous les signes de la syphilis constitutionnelle: teinte bistre de la peau, plus prononcée au visage; éruption générale de taches de roséole et de psoriasis d'une nuance cuivrée; enchifrènement avec écoulement de mucus puriforme parfois strié de sang; fissures de la bouche; tubercules cutanés au pourtour de l'anüs et des parties génitales externes, etc. En outre, nous remarquons au niveau de l'extrémité supérieure du radius gauche une tumeur manifestement osseuse qui force le membre à rester dans la pronation et met un obstacle absolu au mouvement de supination complète et de flexion à angle aigu. Tout cela est rapporté à une hypérostose spécifique, malgré l'assertion de la mère, qui prétend que c'est le résultat d'une fracture, sans pouvoir toutefois préciser la nature de la violence qui l'aurait produite, attendu qu'elle a souvent confié son enfant à des mains étrangères.

M. Trousseau prescrit à la mère les pil. de proto-iodure d'hydrargyre, et lui fait prendre en commun avec l'enfant, des bains de sublimé.

Sous l'influence de ce traitement l'éruption s'atténue, les fissures des lèvres se cicatrisent.

Cependant un nouvel accident survient; un abcès se forme sur le côté droit de l'anüs; le foyer s'étend dans la grande-lèvre correspondante et dans la partie voisine de la cuisse; une incision donne issue au pus. La suppuration, très abondante les premiers jours, diminue ensuite graduellement; néanmoins l'ouverture artificielle reste fistuleuse; il ne se fait aucun travail de cicatrisation.

Sur ces entrefaites l'enfant quitte l'hôpital ; mais sa maladie s'aggrave rapidement ; on la ramène le 6 octobre 1847, dans un état de cachexie irrémédiable ; elle succombe le 8 octobre 1847, à l'âge de 5 mois.

Autopsie. — Corps amaigri à formes flasques : teinte bistre universelle de la peau.

Tête. — Rien à noter pour les organes encéphaliques.

Les fosses nasales sont presque partout tapissées d'une couche blanche plus ou moins consistante, pseudo-membraneuse ou mucoso-purulente. Dans plusieurs endroits on parvient à en détacher des lambeaux de plusieurs millimètres d'étendue, résistants, un peu élastiques, qui adhèrent notablement à la muqueuse. Lorsque celle-ci a été débarrassée de l'enduit qui la recouvre, elle apparaît très rouge et couverte de houpes vasculaires qui lui donnent à un haut degré l'aspect vilieux ; par places, la coloration est tellement intense qu'on dirait une ecchymose ; cette particularité s'observe principalement sur les cornets inférieurs. Dans les méats, on voit des portions de la membrane de Schneider qui sont blanches ou grisâtres sans être revêtues d'une fausse membrane ; il semble que le tissu muqueux lui-même soit infiltré de matière plastique. Sur la cloison médiane existent plusieurs petites ulcérations à contour irrégulier dont le fond gris s'élève graduellement pour se continuer avec les bords qui tranchent par leur couleur violacée. Les os qui concourent à la formation des fosses nasales ne présentent aucune altération appréciable : l'état semi-cartilagineux de quelques-uns est en rapport avec l'âge du sujet. La membrane des sinus participe au développement vasculaire de celle des cavités principales : il en est de même de la muqueuse qui tapisse la face postéro-supérieure du voile palatin et la portion voisine du pharynx. Les orifices gutturaux des trompes d'Eustache sont boursoufflés, et laissent suinter une matière puriforme qui remplit également les oreilles moyennes. Les membranes muqueuses oculaires, buccale, laryngienne, œsophagienne, ne présentent aucune lésion. Sur la face extérieure de l'orifice de

la bouche on retrouve les cicatrices linéaires rayonnantes des anciennes fissures. Sur le visage et au voisinage des oreilles on remarque des croûtes minces jaunâtres ou brunes qui ont succédé à des bulles de pemphigus.

Poitrine. — Les poumons exsangues sont parfaitement mous et sains dans la plus grande partie de leur étendue ; ils ne crépitent qu'en arrière où ils offrent une teinte violacée et une densité plus grandes ; mais, par la pression circonférentielle, en forçant l'air à rentrer dans ces lobules hypostasiés, on leur rend leur aspect normal.

L'oreillette droite du cœur renferme un gros caillot fibrineux qui s'engage dans les veines caves. Le caillot de l'oreillette gauche est beaucoup moins volumineux ; il est accompagné de sang noir presque liquide, mais homogène, et n'envoie que deux filaments déliés dans les veines pulmonaires.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac présente une coloration d'un rouge jaunâtre due au développement de fines houppes vasculaires extrêmement nombreuses et assez uniformément distribuées, lesquelles constituent un pointillé délicat appréciable à la loupe. — Dans les intestins, la muqueuse est pâle, sans hypertrophie des follicules ni ulcérations. — La rate, le pancréas et les reins n'offrent rien de morbide. Il en est de même du foie : la vésicule biliaire est distendue par une bile muqueuse filante à peine ambrée et bleuissant énergiquement le papier de tournesol rougi. Les matières intestinales en partie jaunes rougissent fortement, au contraire, le papier bleu ; les grumeaux plus durs qui ont une nuance verte n'ont pas une réaction acide plus prononcée. — A droite de l'anus existe un vaste clapier sous-cutané, noirâtre à l'intérieur, qui occupe tout le côté droit de la région périnéale, pénètre dans la grande-lèvre correspondante, où il se termine en avant, s'élargit vers la racine du membre inférieur et arrive en arrière jusqu'au sacrum. Sur le côté gauche de la même ouverture, on trouve des indurations du derme qui est exulcéré à leur niveau et fortement injecté dans toute son épaisseur.

Extrémités. — En recherchant les conditions dans lesquelles se trouve le coude gauche, nous constatons de nouveau l'impossibilité de la supination et de la flexion forcées ; dans ces tentatives, il ne se produit aucune crépitation au niveau de la tumeur. Les parties molles qui entourent l'articulation huméro-cubitale étant enlevées et la jointure ouverte, on voit que l'extrémité inférieure de l'humérus est parfaitement saine, tandis que du côté de l'avant-bras se remarque un désordre dont il est d'abord difficile de se rendre compte. La cupule du radius, au lieu d'être reçue dans la petite échancrure sigmoïde, est en rapport avec le bec de l'apophyse coronoïde du cubitus et ne correspond plus à la petite tête humérale. A la place que normalement cette cupule devrait occuper existe un corps dur, mobile, qu'on reconnaît bientôt pour un fragment osseux dont la face supérieure, légèrement convexe dans tous les sens et régulièrement circulaire, a l'aspect finement grenu qui appartient à toutes les extrémités des os de jeunes animaux au point d'union avec les cartilages épiphysaires. Ce fragment est une portion de cylindre dont la direction de l'axe se confond avec celle du reste de l'os ; en bas il est taillé en biseau aux dépens de sa face postéro-externe et reçu à la manière d'une dent dans une sorte d'alvéole que présente l'extrémité supérieure du fragment carpien ; des filaments celluloso-vasculaires très abondants l'unissent de toutes parts soit à l'alvéole même, soit aux tissus ligamenteux périarticulaires ; sa face supérieure seule est libre et séparée du condyle de l'humérus par des productions analogues aux franges synoviales. — Lorsqu'on vient à déchirer les filaments riches en vaisseaux, un piqueté sanguin comparable à celui de l'ostéite apparaît sur le fragment qui offre généralement une belle nuance rose et se trouve perforé d'une multitude d'ouvertures vasculaires fort larges. Deux ou trois autres parcelles de tissu osseux, dont la plus grosse ne surpasse pas le volume d'une graine de lin, se voient au fond de l'alvéole enchevêtrés dans les filaments vasculaires dont il s'est agi tout-à-l'heure.

Le fragment inférieur, qui constitue à lui seul la presque tota-

lité du radius, est, à l'endroit de la fracture, taillé en biseau en sens inverse du fragment supérieur que nous venons de décrire; en arrière il est revêtu, dans une étendue de deux centimètres, de couches osseuses de nouvelle formation qui en augmentent considérablement le volume. Une apophyse adventive supporte la cupule cartilagineuse qui s'y est soudée par la partie antérieure et un peu externe de sa circonférence seulement, si bien que la plus grande partie de sa face inférieure est libre et séparée de l'apophyse par un méat profond. Cette cupule est d'ailleurs restée unie au périoste, tandis que le fragment osseux supérieur en a été dépouillé : sa cavité articulaire est lisse et nullement altérée. — Le périoste est épaissi et vascularisé; il en est de même du ligament latéral externe et du ligament annulaire : la continuité des fibres de ce dernier est difficile à suivre au-devant de l'épiphyse déplacée. — C'est au sommet du fragment inférieur sur le prolongement de son bord interne que se trouve la tubérosité à laquelle s'insère le tendon du biceps. — La face externe de l'extrémité supérieure du cubitus au dessous du crochet est notablement augmentée de volume par suite de l'addition de couches osseuses.

La capsule synoviale de l'articulation radio-cubitale supérieure est oblitérée par des adhérences vasculaires. — Enfin au-dessous de l'insertion bicipitale existe, infiltrée dans le tissu cellulaire qui avoisine le ligament interosseux, cette matière semblable à un lait de chaux que j'ai vue plusieurs fois succéder à des collections purulentes.

Le reste du squelette ne présente aucune trace d'affection syphilitique ni de lésion traumatique.

L'avant-bras droit, qui a servi de terme de comparaison pour mieux faire apprécier les désordres du membre gauche, offre un exemple de myosité très limitée. Au milieu de la masse des muscles épitrochléens, on voit une traînée grise de la grosseur d'une plume d'oie, et longue de trois centimètres au moins, qui est constituée par du tissu musculaire ramolli, infiltré d'une sanie purulente, où le microscope découvre des

granules moléculaires et des globules pyoïdes. A l'entour règne une bordure rouge due à la vive injection vasculaire d'une couche du tissu ambiant. Le long des vaisseaux du pli du bras on remarque quelques petites productions gangliformes dont la plus volumineuse atteint à peine les dimensions d'un pois, productions d'un jaune rougeâtre, dures, élastiques, sur la nature intime desquelles le microscope n'a pas prononcé.

En résumé, les altérations les plus intéressantes sont celles du coude gauche; il est évident en effet que nous avons affaire à une fracture du col du radius avec décollement de l'épiphyse et luxation de celle-ci seulement. Je ne sache pas qu'on ait jamais signalé cette lésion complexe. — Je ne chercherai pas à en expliquer le mécanisme, faute de renseignements sur les circonstances au milieu desquelles elle s'est produite; je veux seulement appeler l'attention sur le mode curieux de réparation qui devait, je pense, tôt ou tard permettre le rétablissement des fonctions du membre. — Ainsi la cupule doublée du cartilage épiphysaire se greffe par l'intermédiaire de ce dernier sur l'apophyse adventive produite par le fragment inférieur; il en résulte un radius pourvu de toutes ses parties essentielles, mais un peu trop court. Le fragment supérieur rendu par là inutile ne devient pas un séquestre: il serait nuisible; loin de là il vit plus activement, se vascularise, se creuse de larges canaux. — Je ne doute pas qu'il n'eût fini à la longue par être entièrement résorbé. Alors probablement le sommet du fragment carpien aurait à son tour diminué de volume; le mouvement de supination qui n'était arrêté que par la rencontre de cette tumeur osseuse avec la face externe du cubitus serait devenu possible; en même temps la cupule aurait pu se rapprocher de la petite échancrure sigmoïde du cubitus, et tout serait enfin rentré dans l'ordre.

35. M. *Coffin* présente le moignon d'un membre amputé 6 années auparavant. A l'extrémité du moignon, l'on voit une membrane cellulo-fibreuse où viennent se confondre tous les tissus voisins, tels que muscles, aponévroses, tendons, vaisseaux et nerf: ces derniers présentent près du point où ils se perdent

dans cette membrane un renflement peu volumineux. — Les deux os, tibia et péroné, étaient soudés ensemble.

36. *M. Fano* présente le foie d'un enfant de 4 à 5 mois mort dans le service de *M. Gillette* (hóp. de Bon Secours) 24 heures après son entrée à l'hôpital. Cet enfant avait une scarlatine qui était arrivée à la période de desquamation : on remarquait alors une anasarque générale sans albumine dans les urines. — Sur le foie que montre *M. Fano*, ce dernier cherche à démontrer que la structure n'est point partout identique, que dans certains points cet organe a conservé sa consistance et son aspect granuleux, tandis qu'ailleurs il est dur, lisse à la coupe, et n'offre aucune trace de granulations. — Cette pièce, ajoute le présentateur, confirme les idées de *M. Gillette*, qui pense qu'il existe aussi des anasarques générales dépendant d'altérations du foie.

M. Broca fait observer que cette apparence du foie est due à l'influence de la créosote où cet organe a macéré plusieurs jours : l'action de ce liquide s'est encore fait sentir sur le rein : l'on ne voit plus en effet dans quelques points les tubes que l'on y retrouve à l'état normal.

Dans ces dernières années, ajoute *M. Barth*, on a voulu faire jouer un trop grand rôle aux lésions des reins dans la production de l'anasarque, et l'on n'a pas assez tenu compte de l'influence que pouvait avoir la lésion des fonctions de la peau ; ne serait-ce pas ici la cause qu'il faudrait invoquer ? car la lésion du foie ne paraît pas démontrée.

M. Cruveilhier confirme les observations de *M. Barth* ; il ne pense pas non plus que les altérations dont parle *M. Fano* soient suffisamment établies.

37. *M. Broca* présente les deux yeux d'un homme de 60 ans mort dans le service de *M. Blandin* (Hôtel-Dieu), avec deux cataractes lenticulaires ; l'une d'elle a été opérée par broiement au moins de septembre ou octobre 1847 par *M. Jarjavay*, sans que le malade ait pu recouvrer la vision. L'on constate de ce côté au niveau de la pupille une masse compacte qui paraît formée

de fragments de cristallin sur lesquels se sont déposés des produits pseudo-membraneux.

M. Richard demande au présentateur si le chirurgien avait quelque raison spéciale pour opérer le broiement; car, à cet âge, l'absorption doit se faire trop lentement pour espérer voir disparaître les fragments de cristallin. — *M. Broca* répond qu'il n'y avait aucune indication spéciale pour employer telle méthode plutôt que telle autre, et que le broiement était la méthode généralement employée par l'opérateur.

M. Deville engage *M. Broca* à examiner attentivement l'état de la capsule cristalline de l'autre œil. C'est un point d'autant plus important que dans ces dernières années on a nié l'existence des cataractes capsulaires. Dans cinq ou six occasions où il a pu examiner des yeux cataractés, il n'a jamais trouvé la capsule opaque.

M. Hérad rappelle que sur des cataractes opérées par extraction, dans le service de *M. Roux*, il a constaté à plusieurs reprises et directement la couleur du cristallin; que toujours ce dernier lui a paru jaune d'ambre, bien qu'avant l'opération la cataracte fût blanche. Cette différence de coloration tiendrait-elle à une opacité de la capsule, ou du liquide de Morgagni?

Il y a quelques années, ajoute *M. Broca*, j'eus l'occasion d'opérer, sous les yeux de mon père, une femme de 68 ans ayant une cataracte laiteuse; il me fut facile de voir, à travers la capsule, l'extrémité de l'aiguille qui venait de traverser le cristallin, et de constater au niveau de la pupille une étoile opaque qui paraissait située dans l'épaisseur de la capsule.

38. *M. Gosset*, présente un exemple d'ankylose de la hanche, observée sur une femme morte le 28 mai 1847 à l'hôtel-Dieu (serv. de *M. Caillard*) des suites d'une scarlatine.

Cette femme présentait tous les dehors d'une excellente complexion: épaules larges, poitrine bien développée, embonpoint remarquable, joues colorées; elle déclare, et tout l'annonce en elle, qu'elle jouit habituellement d'une bonne santé; cependant

son tempérament est lymphatique : le tissu cellulo-adipeux l'emporte de beaucoup sur le système musculaire. Lorsqu'on examine de près, on trouve au côté droit du cou une petite cicatrice que la malade s'efforce de dissimuler, et qui indiquerait assez une ancienne ulcération scrofuleuse. Du reste, point d'autre trace de cette diathèse. Toutes les personnes de sa famille sont bien portantes : elle assure n'avoir jamais eu la moindre atteinte de syphilis, ni de rhumatismes.

A 15 ou 16 ans, elle eut à la hanche gauche une maladie qui la contraignit de garder le lit pendant une année, au moins. N'ayant fait aucune chute, ni reçu aucun coup sur cet endroit, elle attribua cette maladie à un dernier effet de la croissance, qui fut tardive chez elle. D'abord, elle éprouva de la difficulté à mouvoir son membre inférieur gauche ; il lui sembla qu'il devenait plus lourd et plus long. On crut à un mal de genou. Tout-à-coup des douleurs plus vives la mirent dans l'impossibilité de marcher. Ces douleurs passagères, et sans lieu fixe, au début, se localisèrent à la hanche. Celle-ci devint rouge, tuméfiée, et inspira des craintes sérieuses. Des cataplasmes, puis des emplâtres de diverses sortes ne purent empêcher la suppuration, qui se fit jour à l'extérieur. Aussitôt les douleurs diminuèrent ; des trajets fistuleux s'organisèrent dans la région de la fesse et versèrent au dehors, un pus intarissable. La malade alors, ayant appris de son médecin, qu'elle ne se guérirait jamais, si elle ne gardait un repos absolu, se condamna à une immobilité complète. Elle demeura donc, pendant dix mois consécutifs, couchée ou assise, dans son lit. (L'anatomie pathologique démontrera que cette seconde position lui fut plus habituelle que la première.)

Après un temps dont elle ne peut au juste fixer la durée, les orifices fistuleux se refermèrent, et la malade recouvra un usage satisfaisant de son membre. En effet, elle put marcher, travailler, se livrer à toute espèce d'exercice, voire même à la course et à la danse. Le mouvement le plus borné chez elle était l'abduction de la cuisse. Elle exerçait sans difficulté l'état de cuisi-

nière, lorsque la maladie grave pour laquelle elle vint à l'Hôtel-Dieu, la conduisit au tombeau.

Autopsie. — 1^o *Conformation extérieure.* — La simple inspection fait constater une déformation générale dans toute l'habitude du corps. L'épaule droite est plus haute que celle du côté opposé. La ligne médiane s'incline à gauche. Le bassin est fortement dévié dans le même sens. Il semble avoir subi un mouvement de rotation autour de son diamètre antéro-postérieur. Si l'on abaisse une ligne du milieu du sternum sur la symphise pubienne, et qu'en même temps, on fasse passer par l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une autre ligne perpendiculaire à la précédente, cette seconde ligne se trouve à quatre centimètres au-dessus de la même épine du côté opposé. Le bassin paraît encore avoir exécuté autour de son diamètre transverse, un mouvement de torsion, en vertu duquel la crête iliaque gauche est déjetée d'arrière en avant et de haut en bas ; mouvement dont le centre se trouve surtout dans l'articulation sacro-iliaque gauche. — Mesurant ensuite les deux membres abdominaux, on trouve une différence de six centimètres, entre l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la mat-léole externe, du côté droit, et l'espace compris entre les mêmes saillies osseuses du côté gauche. L'extrémité inférieure droite offre en longueur 76 centimètres ; la gauche, 73 seulement. Quant à leur volume, il est à peu près égal. A la fesse gauche, on remarque une saillie musculaire très-prononcée, qui se dessine fortement pendant le décubitus dorsal. En arrière, trois cicatrices étroites indiquent les orifices des anciens trajets fistuleux. Elles sont déprimées, d'un rouge foncé, et recouvertes d'un épiderme mince et fragile. La cuisse du même côté ne s'allonge point naturellement, de manière à reposer sur un plan par sa partie postérieure ; elle reste comme suspendue, et forme avec la branche horizontale du pubis un angle très-obtus. (Indice que l'ankylose s'est consolidée, surtout pendant la station assise.) Le genou à demi-fléchi proémine fortement en avant. Le pied lui-même participe à la déformation générale, dans ce sens que l'extension paraît lui avoir été habituelle. Le talon est

plus élevé que les orteils qui, plus que lui, ont servi à la marche, comme l'annonce l'épaisseur relative de leur épiderme.

2^e *Conformation intérieure.* — Au-dessous de la peau, les parties molles offrent une configuration anormale ; les muscles sont comme ratatinés et roulés sur eux-mêmes, ce qui résulte assurément des changements survenus dans leurs insertions, et des phénomènes inflammatoires qui se sont accomplis au milieu d'eux. La fibre musculaire a fait place en beaucoup d'endroits à des tissus cellulo-fibreux. Tout le pourtour de l'article est environné d'une masse grisâtre, lardacée, assez dure, cartilagineuse, extrêmement adhérente à l'os. Il n'y a plus trace de capsule, ni de ligament rond, ni de synoviale, ni d'insertions musculaires ; tout est confondu dans cette masse compacte qu'on ne peut enlever qu'après une macération prolongée. Alors, on découvre les extrémités articulaires qui sont immédiatement unies entre elles. Leur adhésion n'a point lieu aux dépens de brides ou d'une substance fibreuse ; la cavité cotyloïde et la tête du fémur sont fondues ensemble au moyen d'une véritable soudure. Tout glissement est devenu impossible ; les deux os n'en font plus qu'un. Les cartilages diarthrodiaux, le bourrelet cartilagineux, et le rebord osseux lui-même ont complètement disparu. Le col du fémur a diminué de longueur ; mais ses autres dimensions ont augmenté. Il fait avec la diaphyse un angle presque droit. Le petit trochanter s'élève plus haut que de coutume, et se porte vers la partie inférieure du rebord cotyloïdien avec lequel il se confond. Le grand trochanter a été presque entièrement rongé par une inflammation suppurative, qu'attestent encore la raréfaction, le ramollissement, l'aspect aréolaire de son tissu, ses bords déchiquetés, transparents et irréguliers. A la partie antérieure de l'ankylose on voit çà et là quelques petites exostoses, implantées par une de leurs extrémités, et libres par l'autre. Mais c'est surtout à la partie postérieure que ces sortes de végétations osseuses sont remarquables. Elles simulent des stalactites groupées ensemble, adhérentes par quelqu'une de leurs extrémités, et formant des ponts, sous lesquels existait du tissu fibro-cartilagineux. On remarque

aussi des trous assez considérables, dont les bords sont parfaitement réguliers, conduisant dans des cavités creusées au sein du tissu spongieux de l'os des îles. Ces cavités renfermaient de petits séquestres baignant au milieu d'une substance molle, pulpeuse, rougeâtre et fétide.

Un trait de scie tiré dans le plus grand diamètre de l'articulation met à découvert l'intérieur de l'ankylose et son mode de formation. La partie spongieuse y existe dans une proportion considérable : des cloisons très nombreuses forment, en s'entrecroisant, des aréoles de diverse grandeur, imprégnées d'une quantité prodigieuse de substance grasse. Cette portion spongieuse et friable appartient surtout à la tête du fémur dont elle retrace exactement la direction. Aucune lamelle compacte ne permet d'établir la circonscription de la tête articulaire. Du reste, la densité de l'os paraît accrue, et son poids est considérable relativement à son volume. Le canal médullaire est développé au delà de ses dimensions ordinaires ; il se termine supérieurement au niveau du grand trochanter par une large ampoule ovoïde, communiquant avec les cellules que l'inflammation a creusées. Sa cavité contient une grande quantité de mœlle, et de particules et lamelles osseuses.

Entre les stalactites osseuses qui existent en arrière de l'articulation ankylosée, on voit quelques trous qui aboutissent dans une cavité séparée de la cavité du bassin par une cloison assez épaisse. Ses deux parois représentent deux arcs de cercle à peu près concentriques ; à concavité dirigée en dehors. La plus interne paraît être la trace du fond de la cavité cotyloïde, et la plus externe semble constituée par la tête du fémur. — On peut évaluer à 3 centimètres les dimensions de cette cavité en longueur et largeur, et à 1 centimètre l'intervalle qui sépare le centre de la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde. Aucune lame cartilagineuse ne recouvre ces surfaces osseuses ; on ne retrouve non plus aucun vestige du ligament rond. — Cette cavité contient une matière grasse comme pulpeuse, qui rappelle le coussinet graisseux de l'arrière fond de la cavité cotyloïde.

42.— M. *Emile Dubois* montre un cas d'*Anencéphalie*.

La nommée L.**, âgée de 23 ans, de taille moyenne, de tempérament sanguin, et bien constituée, est entrée à la Maternité le 11 août 1847. Il y a trois ans, elle a eu un premier enfant parfaitement conformé, et qui vit encore. Au mois de février dernier, c'est-à-dire au troisième mois environ de sa seconde grossesse, elle a éprouvé des étourdissements, des pesanteurs de tête, qui ont nécessité une émission sanguine. Depuis cette époque, elle n'a pas été incommodée, et a pu continuer son service de domestique, qui était assez pénible. Jamais pendant cette grossesse, elle n'a fait de chute ni reçu de coup violent. Elle nous a dit avoir été très affligée d'être enceinte, et que, pour cacher sa position à sa famille, elle était venue se placer à Paris peu de temps après avoir été saignée. Elle nous a dit aussi avoir été effrayée et vivement impressionnée par diverses circonstances sur lesquelles sans aucun doute son attention ne se fût pas dirigée si elle n'avait pas su que son enfant était né monstrueux.

Le diagnostic de l'anencéphalie a été porté le jour même de l'entrée de la fille L. à la Maternité, par la sage-femme en chef, madame Charrier. Le lendemain matin, 18 août, ce diagnostic fut pleinement confirmé par M. Danyau. Voici à quels caractères on reconnut le vice de conformation : *Saillie considérable des yeux ; forme fuyante du front ; inégalités, éminences anormales au-dessus de cette dernière partie, et surtout mouvements saccadés de la tête sur le doigt explorateur.*

Dans la soirée du 18 août, on amena cette femme à la salle d'accouchement. La dilatation était complète ; les membranes furent rompues, et immédiatement après, un enfant anencéphale fut expulsé des organes génitaux, pour ainsi dire sans mécanisme. Cet enfant a exécuté quelques mouvements des membres supérieurs et inférieurs. Il n'a point fait une seule inspiration ; mais les battements du cœur ont duré deux heures au moins.

Examen antérieur de l'enfant.— Le sujet, du sexe masculin, a le volume, à peu de chose près, d'un enfant à terme. Il pèse 2,500 grammes. La face est bien conformée; seulement les yeux sont très saillants, légèrement dirigés en haut, et les paupières se présentent sous la forme de bourrelets volumineux. Le cou est gros et très court. La moitié supérieure des pavillons auriculaires est recourbée à angle droit sur la moitié inférieure; le sinus de l'angle regarde en avant. La voûte palatine offre une rainure profonde sur la ligne médiane, ce qui a pu faire croire au premier abord qu'elle était divisée. Il n'y a point de dents apparentes.

La voûte du crâne manque entièrement. Il n'y a point de front, et la surface qui termine la tête offre une foule d'inégalités sur lesquelles nous allons revenir avec détail. La ligne qui circonscrit cette surface passe au-dessus des yeux, des oreilles, et se termine postérieurement par une échancrure demi-circulaire, limitée par les apophyses mastoïdes, fortement déjetées en arrière. Toute cette partie est dépourvue de cheveux; elle a 3 et 3 centimètres et demi de rayon. La peau y est remplacée par une pellicule aussi mince que l'arachnoïde, et qui ne présente de solution de continuité qu'au milieu de la base du crâne et au niveau du trou occipital, où se trouve une ouverture qui communique avec le rachis.

Cette pellicule est plus résistante à la périphérie qu'au centre. Elle a tout à fait l'aspect du tissu cicatriciel. Mais cet aspect est surtout bien évident par le cercle blanc qui se trouve au point de jonction avec la peau. Autour de ce cercle, la peau, qui est pour ainsi dire taillée en biseau, est recouverte de cheveux longs de trois centimètres environ, pour la plupart.

A la partie la plus saillante du plan que nous venons de décrire, se trouve une petite tumeur molle, peu résistante, et qui, à travers la pellicule dont elle est recouverte, présente une couleur jaunâtre. En arrière de cette tumeur, on voit deux *éminences osseuses*, qui sont les rochers des temporaux.

Thorax et abdomen. — Les poumons étaient compacts et refoulés à la partie postérieure et supérieure du thorax. Le thymus était volumineux ; le cœur bien conformé. Il y avait persistance du canal artériel, et la membrane obturatrice du trou de Botal n'occupait guère que la moitié de l'ouverture.

Tous les viscères abdominaux étaient à l'état normal. Les testicules occupaient la partie supérieure du scrotum. Et si l'on ajoute que les ongles étaient bien développés, on sera disposé à admettre que l'enfant était à terme ou à peu près.

Tête et système nerveux cérébro-spinal. — Une section circulaire de la peau a été pratiquée au-dessous de la jonction de cette membrane avec la pellicule qui recouvrait le sommet du crâne. On a trouvé le tissu cellulaire sous-cutané chargé de graisse et infiltré de sang.

La tumeur que nous avons signalée a été disséquée avec soin. Elle a paru constituée par un caillot sanguin entièrement fibrineux et organisé.

Nous avons dit que la voûte crânienne n'existait pas ; cependant nous avons trouvé des vestiges de la plupart des os qui la composent, et il a été très difficile de nous prononcer pour certains d'entre eux. Je dois dire même que cette recherche eût été pour moi impossible, si M. Pigné n'avait pas eu la bonté de m'aider de ses conseils et de son scalpel.

On trouve d'abord en avant une bandelette ossense qui appartient aux deux moitiés de l'os frontal, et qui est fortement appliquée sur la base du crâne.

Sur les parties latérales, on rencontre à droite une écaille très-mince, qui nous a paru être le pourtour de la portion écailleuse du temporal. En arrière de cette portion écailleuse, qui est également appliquée sur la base du crâne, existe un fragment de l'os pariétal.

Du côté gauche il n'y a pas de traces de la portion écailleuse du temporal ; mais on remarque un fragment du pariétal analogue à celui du côté opposé.

En cherchant les apophyses mastoïdes à leur place ordinaire, on ne les rencontre pas ; mais tout à fait en arrière, et de chaque côté de l'ouverture du canal rachidien, on trouve une éminence arrondie, ayant quelque analogie avec ces apophyses.

Entre les portions d'os précédentes, et qui forment le pourtour du crâne, se trouvent en avant, immédiatement derrière le frontal, les apophyses clinoides antérieures. En arrière de ces apophyses, une légère dépression ; puis les apophyses clinoides postérieures qui font une saillie considérable. De chaque côté de cette masse osseuse on remarque une éminence très-dure, arrondie, saillante, qui a été reconnue pour être le limaçon. Or nous devons faire observer ici que chez les anencéphales réunis au musée Dupuytren, et que M. Pigné a eu l'obligeance de nous faire examiner, le limaçon est toujours très-saillant, et constitue la partie la plus apparente du rocher. Plus en arrière encore, on arrive sur le bord antérieur du trou occipital. Le bord postérieur de ce trou est remplacé par une échancrure bornée de chaque côté par les deux éminences que nous avons considérées comme étant les apophyses mastoïdes.

C'est dans cette échancrure que le canal rachidien prend son origine par une ouverture qui a trois centimètres de diamètre. Ce canal a été ouvert dans toute son étendue, et l'on a pu constater alors que depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la fin du canal sacré, toutes les vertèbres étaient entières et bien conformées ; tandis que les premières vertèbres cervicales manquaient d'apophyses épineuses et d'une partie de leurs lames, et qu'elles se trouvaient à peu près réduites à leurs apophyses transverses et à leurs corps.

La moelle épinière est intacte jusqu'au niveau de la troisième vertèbre cervicale. Là elle se termine brusquement, à la manière des nerfs crâniens, sur la membrane qui recouvrait la base du crâne, et qui se prolongeait dans l'ouverture du canal rachidien.

Nous avons cherché à reconnaître l'état des nerfs crâniens, et nous avons obtenu les résultats suivants :

Nerfs optiques. — Comme il était surtout important de bien constater le point d'origine de ces nerfs, on a commencé par mettre à nu le globe oculaire gauche en enlevant la voûte orbitaire. Puis la paupière supérieure a été incisée et le globe de l'œil s'est trouvé complètement à découvert. La même préparation a été faite de l'autre côté. De la partie postérieure des globes oculaires naissaient, comme de coutume, les nerfs optiques. Ils étaient très grêles, le gauche encore plus que le droit, et semblaient uniquement formés par leur névrième. Mais en pratiquant sur eux une section longitudinale, on apercevait dans leur intérieur un petit filet nerveux. Chacun d'eux, au reste, se terminait isolément au niveau de la partie antérieure de la selle turcique, en se confondant insensiblement avec le tissu fibreux de la base du crâne.

Pneumo-gastriques. — Les deux nerfs vagues, volumineux le long du cou, présentaient un renflement considérable à deux centimètres au dessous de leur sortie du crâne. Leur extrémité supérieure se perdait, comme celle des nerfs précédents, sur le tissu fibreux de la base du crâne, à deux millimètres en arrière du trou auditif interne. Et en général tous les nerfs crâniens, bien développés après leur sortie du crâne, se perdaient dans le tissu fibreux de la base.

Enfin je signalerai en terminant le grand développement du plexus coeliaque et des nerfs qui en émanent.

49. M. Lenoir présente une tumeur cancéreuse du médiastin antérieur. — Un homme âgé de vingt-cinq ans, menuisier, d'une bonne constitution, est entré le 13 décembre 1847, dans le service de M. Chomel, à l'hôtel-Dieu. Il accusait une tumeur siégeant à la partie inférieure du cou, s'étendant supérieurement jusqu'au niveau de l'os hyoïde, dépassant, surtout à droite le muscle sterno-cléido-mastoïdien qu'elle soulève. Cette tumeur est indolente, sans battement; à sa surface, on trouve quelques

veines dilatées, n'offrant aucune fluctuation; on la trouve, à la palpation, sémimolle, dans toute son étendue. Les antécédents du malade apprirent que quinze ou seize jours avant son entrée, il a été atteint d'un œdème du membre supérieur gauche; de ce côté, on trouve encore actuellement quelques veines dilatées qui surmontent l'épaule.

Le début de la tumeur du cou ne remonte, suivant le malade, qu'à quinze jours ou trois semaines; son accroissement a été graduel. Antérieurement il n'éprouvait jamais de dyspnée, de douleur de gorge ou de gêne dans la déglutition.

La percussion du thorax indique une matité sous-sternale, marquée et étendue principalement à gauche, où elle se confond avec la matité du cœur. Les bruits de cet organe sont normaux, un peu sourds. Nulle part dans le thorax, de pulsations anormales; pouls de la radiale gauche un peu moins développé que celui du côté droit. A l'auscultation du poumon, on entend un bruit de râle humide lointain, résultant de la propagation du bruit qu'occasionne, au niveau de la partie supérieure de la trachée, la compression de ce conduit par la tumeur thyroïde. Le murmure respiratoire paraît moins développé à gauche qu'à droite. Pas de teinte jaune de la peau.

Depuis le 13 jusqu'au 21 décembre, le malade demeura dans les salles. On lui pratiqua le 14 une saignée de quatre palettes. Son régime était deux potages et deux bouillons. Le pouls, demeurait accéléré, à 126-130. Dans la nuit du 21 au 22 décembre, sans cause connue, après une journée passée sans aucun prodrome fâcheux, il éprouva, en allant à la selle, vers minuit, un vif sentiment d'étouffement; la face devint violacée; il fut transporté dans son lit, sans connaissance; on pratiqua une saignée, et peu de temps après il succomba.

Autopsie.— La tumeur du cou, dont les limites supérieures ont été indiquées plus haut, adhère inférieurement au sternum, qui lui-même est intimement uni avec une tumeur d'apparence fibro-cancéreuse, se continuant en haut, avec celle du cou, et,

embrassant le corps thyroïde; considérablement augmenté de volume. En bas, elle enveloppe la partie supérieure du péricarde, dont on ne peut la détacher, et coiffe le cœur lui-même. Cet organe est complètement libre de la tumeur, ainsi que les vaisseaux, artères et veines qui, sans avoir éprouvé de compression marquée, se frayent un canal dans son intérieur. Hauteur de la tumeur: 0m, 16; largeur au-dessous du corps thyroïde: 0m, 04; largeur au niveau du tronc brachio-céphalique, veineux gauche 0,03; largeur, à la partie supérieure du péricarde: 0m., 05. Cette tumeur, d'abord renflée supérieurement, se rétrécissait donc plus bas pour reprendre ensuite au niveau du péricarde, un volume plus considérable.

Le tronc veineux brachio-céphalique gauche est englobé dans la tumeur; on sculpte son trajet dans l'épaisseur du corps étranger. La tunique externe de la veine n'adhère pas à la tumeur d'une manière intime. Ce tronc est libre au niveau du point où il reçoit la veine jugulaire interne; la veine cave inférieure est libre sur la partie latérale de la tumeur.

L'aorte est contenue, à sa sortie du péricarde, dans la tumeur. Le tronc brachio-céphalique artériel sort presque immédiatement de la tumeur; au contraire, les artères sous-clavière et carotide primitive gauche sont comprises dans la partie latérale gauche de la tumeur.

Le cœur était sain, ainsi que les vaisseaux qui en émergent.

Le tissu de la tumeur avait un aspect jaune citrin dur, difficile à déchirer, excepté supérieurement et à gauche; dans son intérieur plusieurs cavités du volume d'une petite noix, contenant un liquide semi-transparent. Le corps thyroïde, englobé dans la tumeur, était plus dur que dans l'état normal, gorgé de sang, mais nullement dégénéré.

Les côtes et le sternum sains. La trachée est saine: bronche gauche légèrement aplatie. Œsophage, pharynx et estomac sains. La rate est volumineuse, un peu ramollie. Poumons légèrement œdématisés, un peu d'engouement hypostatique à la

partie postérieure. Légère congestion des vaisseaux de la piémère.

Il aurait été difficile avant l'autopsie de spécifier la nature et même l'étendue de la lésion que nous venons de décrire. L'état général du sujet, son âge, les renseignements qu'il donnait auraient fait croire à l'existence d'un gonflement idio-pathique du corps thyroïde ; cependant l'œdème du membre supérieur gauche, de plus, la matité sous-sternale, nous permirent d'affirmer qu'il existait une tumeur située profondément au niveau de la crosse de l'aorte et des troncs brachio-céphaliques veineux.

La mort du malade est demeurée sans explication anatomopathologique. Il faut, nous le croyons, invoquer ici le même mécanisme de compression lente qui dans le cas de tumeurs anévrysmales volumineuses, occasionne la mort sans hémorrhagie, sans compression d'aucun canal important, et cependant quelquefois d'une manière subite.

Un fait important qui ressort de l'examen du cadavre, est la perméabilité de tous les vaisseaux englobés dans la tumeur. Le produit morbide paraissant former autour d'eux un étui solide, sans exercer aucune compression.

44.— *M. Bourcet* présente une tumeur de la protubérance annulaire, et une autre de la base du poumon droit, avec pleurésie.

Adolphe Carnac, 21 ans, gantier, entré à l'hôpital Beaujon le 11 mai 1847 (service de M. Sandras.) Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, a toujours joui d'une santé excellente. A part quelques douleurs rhumatismales qu'il a eues à neuf ans et à quinze ans, à la suite d'imprudences, il n'a jamais été malade avant le mois de février 1846, époque où parurent les premiers symptômes de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Ses parents ne sont atteints d'aucune affection organique, et jouissent d'une bonne santé.

Son intelligence, plus que médiocre, au moment du moins où

nous avons pu l'interroger, ne lui a permis de donner que d'obscurs renseignements sur le début de sa maladie.

Au mois de février 1847, il eut, dit-il, une *grippe* dans toute la moitié droite du corps; il avait toujours froid dans les membres de ce côté, qui étaient en même temps beaucoup plus faibles que ceux du côté opposé. Il consulta des médecins; on lui fit une saignée, et on lui administra un bain sulfureux; il prit en outre diverses poudres ou pilules dont il ignore le nom. Bientôt il commença à loucher et à voir les objets doubles. Enfin le 30 avril, il vit paraître une douleur dans le côté droit de la poitrine; cette douleur était accompagnée de toux. Les accidents empirèrent, et le 11 mai, il se présenta à la consultation de M. Sandras, qui le reçut dans ses salles.

Le lendemain, à la visite, il était dans l'état suivant : Décubitus dorsal, oppression, toux, expectoration peu abondante de crachats visqueux et peu aérés. Douleur sourde du côté droit, en arrière de la poitrine; matité complète à la percussion, dans la moitié inférieure du poumon droit. Les bruits respiratoires sont anéantis à ce niveau. La mensuration montre que le thorax est un peu plus développé à droite qu'à gauche.

Du côté du cœur, il existe au premier temps un bruit de souffle qui se prolonge dans les carotides.

Le malade accuse une céphalalgie qui présente de temps en temps des rémissions. La vue est affaiblie; il y a du strabisme et de la diplopie; la sensibilité générale est notablement diminuée; les mouvements sont faibles et difficiles, surtout dans les membres du côté droit. La déglutition ne s'opère qu'avec lenteur; la voix est voilée, et le malade s'exprime avec difficulté.

L'appétit est conservé, et le goût paraît intact. Il y a une constipation opiniâtre, qui s'accompagne de quelques douleurs de ventre.

Peu de jours après l'entrée du malade, il survint une paralysie faciale du côté gauche. L'œil gauche restait ouvert, et la bouche était entraînée à droite. Bientôt le malade se plaignit de

fourmillements et d'engourdissement des membres; la sensibilité et le mouvement diminuèrent de plus en plus. Il ne pouvait reconnaître au simple toucher les objets qu'on lui plaçait dans la main; il ne sentait pas le point d'appui que le sol fournissait à son pied. La marche devenait de plus en plus incertaine, et il cessa enfin de pouvoir se lever. En même temps la constipation augmenta; l'émission des urines devint difficile; la parole s'embarrassa de plus en plus. Enfin il survint de la contraction dans les muscles de la mâchoire; la bouche resta fermée, et on ne pouvait qu'avec une peine extrême desserrer les dents du malade pour lui faire boire sa tisane.

Enfin le 16 juin 1847, le malade succomba. Il avait conservé son intelligence jusqu'au dernier moment.

A l'autopsie on constata les lésions suivantes :

Vive injection des méninges. En plusieurs points la pie-mère est adhérente à la surface du cerveau. A la partie inférieure et postérieure de la protubérance annulaire, près de son point de jonction avec la moelle, existe un noyau assez dur, de consistance lardacée, d'aspect blanc jaunâtre, de la grosseur d'une noix volumineuse, et qui paraît de nature encéphaloïde. La plus grande partie de cette tumeur est située à gauche; elle n'envahit que fort peu la moitié droite de la protubérance. La substance cérébrale offre à la coupe un léger piqueté rouge; les ventricules contiennent environ deux cuillerées de sérosité.

Adhérences nombreuses et anciennes des deux plèvres. Epanchement d'un liquide séreux verdâtre dans la cavité droite de la poitrine. A la partie supérieure et moyenne du poumon gauche, on aperçoit quelques nodules d'aspect encéphaloïde. Une tumeur de même nature, de la grosseur d'une aveline, existe à la base du poumon droit; la substance des poumons est, du reste, saine. Le cœur, l'appareil digestif, les voies urinaires sont à l'état normal; les ganglions mésentériques sont très développés.

45— M. Triquet montre un exemple du mal vertébral de Pott,

observé dans le service de M. Denonvilliers (hôpital de Bon Secours), sur une blanchisseuse âgée de 35 ans. Cette femme, habituellement d'une mauvaise santé, ressentit en 1844, quelques douleurs dans la partie inférieure du dos. Vers la fin de la même année, apparut, au niveau du point douloureux une grosseur qui augmenta lentement et d'une manière continue jusqu'en 1846. A cette époque, à la suite d'un effort, la gibbosité devint beaucoup plus apparente. En mai 1847, cette dernière avait encore augmenté ; les douleurs étaient continues, et la malade pouvait à peine se soutenir, bien que les jambes n'eussent rien perdu de leur mobilité et de leur sensibilité. Pendant son séjour à l'hôpital (septembre et octobre 1847), l'expectoration, qui jusqu'alors avait été purement muqueuse, changea de caractère : la malade rendit en abondance des *crachats opaques, jaunâtres, inodores, contenant çà et là des parcelles grisâtres, de volume variable, mais plus petites qu'une lentille*. Il était facile de reconnaître la présence de *fragments de vertèbres* puisés probablement par une bronche dans un foyer tuberculeux de la colonne vertébrale.

Autopsie, faite le 1^{er} décembre 1847. — Pleurésie chronique des deux côtés. On trouve quelques tubercules crus au sommet de chaque poumon ; çà et là on voit des points où la splénisation est évidente ; les poumons adhèrent fortement l'un et l'autre à la colonne vertébrale, contre laquelle ils sont aplatis. Immédiatement au dessus de l'ouverture aortique du diaphragme, existe une petite tumeur qui soulève l'aorte et l'œsophage, et qui correspond directement à la gibbosité ; le lobe inférieur du poumon gauche adhère intimement à la partie latérale de cette tumeur. En cherchant par la dissection à isoler l'aorte et l'œsophage, la pointe du scalpel pénètre dans la tumeur, et donne issue à une certaine quantité de matière tuberculeuse ramollie, et mélangée de détritux osseux, qui rappellent pour la plupart ceux expectorés pendant la vie. En agrandissant cet orifice, on voit

une cavité de 4 à 5 centimètres de haut, formée aux dépens des trois dernières vertèbres dorsales et des fibro-cartilages correspondants; l'apophyse épineuse de la onzième vertèbre est tout à fait mobile, et ne tient plus que par quelques fibres ligamenteuses insérées à sa base; les autres parois de cette cavité, fortifiées en avant par le grand surtout ligamenteux antérieur, sont constituées par une membrane de nouvelle formation, d'un blanc rosé, de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, tomenteuse à sa face interne, lisse et unie à sa face externe. Une sonde de moyen calibre, engagée dans la bronche gauche, arrive facilement au centre de cette cavité; ainsi s'explique l'expectoration observée quelque temps avant la mort de la malade.

La moelle présente, comme le canal vertébral, une courbure à convexité postérieure; elle ne paraît pas sensiblement déformée.

46.— M. *Bouteiller* présente une fracture transversale de la rotule survenue chez une femme de 81 ans, à la suite d'une chute faite sur le genou, dans un escalier. A son entrée, le 13 septembre, à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Manec, suppléé par M. Richet), les deux fragments étaient distants d'un centimètre environ; on mit en usage un appareil dextriné que la malade garda deux mois et demi. Malgré son indocilité et son grand âge, la fracture parut se consolider parfaitement; mais la malade ayant succombé, le 21 décembre, à une pneumonie hypostatique, on put constater qu'il n'y avait pas de cal osseux, et que les fragments, placés presque au contact, étaient mobiles l'un sur l'autre, et réunis par du tissu fibreux.

47. M. *Bouteiller* montre ensuite une tumeur blanche du genou, qu'il a recueillie sur une femme de quarante-cinq ans, morte de phthisie pulmonaire, dans le même service, le 3 décembre 1847. L'articulation était distendue par une grande quantité de sérosité purulente, et de nombreux abcès existaient dans les parties molles voisines. Les ligaments extra-articulaires sont en partie détruits; les cartilages inter-articulaires et les ligaments

croisés ont complètement disparu. Le surfaces osseuses en rapport avec l'articulation présentent une injection des plus marquées. L'articulation péronéo-tibiale offrait les mêmes lésions. La malade sur laquelle M. Bouteiller a rencontré ces lésions avait subi cinq années auparavant l'amputation d'une jambe, pour une tumeur blanche du pied (Hôtel-Dieu, M. Roux, suppléé par M. Denonvilliers). Le présentateur profite de cette circonstance pour montrer l'état des os amputés : le canal médullaire de chacun des os se termine par un cul de sac arrondi, et se trouve fermé par une lame de tissu compacte, excessivement mince : cette dernière est recouverte par une masse fibro-cartilagineuse qui sert d'attache aux parties molles du moignon. L'épaisseur du tissu compact diminue à mesure que l'on se rapproche de la surface de section.

48. — M. *Blot* présente un cancer épithélial de la lèvre inférieure, enlevé le 24 déc. par M. Velpeau. son volume peut être comparé à celui d'un gros pois : sa marche a été très rapide ; car il y a deux mois et demi, cette tumeur avait le volume d'une tête d'épingle seulement. Examinée à l'intérieur, elle paraît formée d'un grand nombre de papilles hypertrophiées, et accolées les unes aux autres.

49. — M. *Dubois* présente la symphyse pubienne d'une femme qui a succombé à la Maternité, le cinquième ou sixième jour après l'accouchement. Chez cette malade, de très-mauvaise constitution d'ailleurs, et qui avait une carie de plusieurs vertèbres dorsales et lombaires, le travail marcha avec tant de lenteur que l'on fut obligé de recourir à l'application du forceps. Les diamètres du bassin étaient à peu près normaux. L'antéro-postérieur avait 0m., 11; le bisiliaque 0m. 13, et l'oblique 0m., 115. Quant à la tête du fœtus, le diamètre occipito-frontal était de 0m., 115; l'occipito-mentonnier de 0m., 13; le bi-pariétal 0m., 09, et enfin le sous-occipito-bregmatique de 0m., 10. Le fœtus pesait 3 kilogrammes.

Cette femme ayant succombé à une péritonite, on trouva, à

l'autopsie, un léger épanchement de sang au niveau de la symphyse pubienne. L'on put constater en même temps que le fibrocartilage était détaché du pubis du côté gauche. Le ligament antérieur ne présentait pas de solution de continuité : le postérieur, au contraire, était complètement détaché au même niveau que le fibrocartilage. Ces lésions n'avaient pas été soupçonnées pendant la vie.

50. — M. *Huette* montre un cancer de l'extrémité supérieure d'un fémur, observé sur une femme de trente-cinq ans, domestique, morte le 15 juillet 1847, à la Salpêtrière, dans le service de M. Manec.

Cancer des deux seins; infection cancéreuse générale; tumeurs cancéreuses nombreuses dans l'épaisseur des téguments, à la surface inférieure de la dure-mère, dans l'ovaire gauche, dans la partie supérieure des deux fémurs; plaques de même nature à la surface du cœur.

En 1843, fracture de l'extrémité supérieure du fémur gauche, et consolidation vicieuse des deux fragments qui se réunissent à angle droit; depuis cette époque, la continuité du canal médullaire ne s'est point rétablie.

Le cal n'a point laissé de trace; il semble que l'os, doué d'élasticité, a été courbé sur lui-même, tant le coude qu'il forme est régulièrement arrondi. La tête des deux fémurs, leur col et leur tiers supérieur, sont criblés de masses cancéreuses dont le volume varie entre celui d'un pois et d'une fève. Ces masses, déposées çà et là dans l'épaisseur de l'os, sont constituées par un tissu jaune rosé élastique, et partout infiltré de suc cancéreux. Soumises à l'examen microscopique par M. Lebert, elles ont présenté les caractères du cancer encéphaloïde.

Quelques-unes de ces masses sont parfaitement circonscrites et bien tranchées; d'autres se confondent insensiblement avec le tissu osseux environnant.

51. M. *Rollet* montre une hernie inguinale droite étranglée par le collet du sac.

Appert (Jean), maçon, âgé de trente ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 14 avril 1847, à midi. A la suite d'une chute de six ou huit mètres de hauteur, faite le 12 avril, ce malade éprouvait de vives douleurs dans le ventre, dont les parois portaient les traces d'une contusion violente. Le lendemain plusieurs vomissements verdâtres, et les symptômes affectent une marche d'autant plus rapide et alarmante, jusqu'au moment de son entrée. Face grippée, empreinte d'une profonde anxiété; yeux caves; hoquets répétés, pouls petit et très-fréquent; douleurs extrêmement vives dans l'abdomen.

A l'hôpital on reconnut une hernie inguinale droite étranglée, pour laquelle on pratiqua le taxis pendant quinze ou vingt minutes. Celui-ci n'ayant pas amené la réduction de la hernie, on prescrivit un bain; mais le malade mourut avant d'y être placé.

— *Autopsie*, 48 heures après la mort. Les méninges et le cerveau sont injectés; il y a un peu de sérosité dans les ventricules.

Les poumons, le foie, la rate, la vessie et les reins ne sont ni déchirés ni contus, et ne présentent rien d'anormal.

Le péritaine contient un ou deux litres d'une sérosité mêlée de flocons albumineux, de pus et de sang, sans odeur stercorale. Il est rouge, épais, recouvert de fausses membranes.

Les intestins portent aussi les traces d'une violente inflammation; on remarque dans une assez grande étendue une infiltration sanguine entre leurs différentes tuniques; ces ecchymoses correspondent aux points contus de la paroi abdominale. Il n'y a pas de perforation.

La hernie contient : 1° une assez grande masse d'épiploon, dont une partie a contracté des adhérences avec le collet du sac. Cet épiploon est rouge, gorgé de sang. C'est, du reste, la seule altération qu'il présente.

2° Une anse complète de la fin de l'intestin grêle. Celle-ci offre une congestion très vive, qui lui donne un aspect violacé

dans plusieurs points; elle présente quelques fausses membranes vers le collet du sac, sur sa tunique péritonéale; celle-ci a perdu son poli, et, autant qu'on peut en juger en faisant une petite incision à l'intestin pour le vider, ses différentes membranes ont une épaisseur beaucoup plus grande qu'à l'état normal.

Le sac est à peine mouillé par un peu de sérosité demi-transparente. Il n'a contracté que des adhérences lâches et faciles à détruire avec les éléments de l'anneau et du scrotum qui le recouvrent immédiatement.

Le collet est à un centimètre environ au-dessous de l'anneau supérieur du canal inguinal; il est doublé par le tissu cellulaire sous-péritonéal qui lui adhère dans une petite partie de sa circonférence; mais il ne subit aucune constriction de la part des parois du canal: il est libre au milieu d'elles. L'anneau supérieur n'est ni assez étroit pour étrangler les viscères, ni assez large pour permettre la réduction en masse. L'anneau inférieur est très-dilaté, et l'intestin se développe librement entre les deux piliers. Le collet même dans les points qui sont doublés par cette partie du tissu cellulaire sous-péritonéal qui lui adhère, n'est pas beaucoup plus épais que le sac. Il exerce sur l'intestin et l'épiploon une constriction telle qu'il m'est impossible de les déplacer en les tirant avec force, soit au-dessus soit au-dessous du collet.

Le cordon testiculaire est en arrière, l'artère épigastrique en dedans.

SEANCE SOLENNELLE

tenue le 14 février 1848, à la Faculté de Médecine.

M. le professeur CRUVEILHIER, président perpétuel, ouvre la séance par l'allocution suivante :

MESSIEURS,

Nous célébrons aujourd'hui le vingt-unième anniversaire de la réorganisation de la société anatomique.

Je voulais concourir à cette solennité par un discours d'usage ; le temps a manqué à ma volonté ; mais je me suis senti pressé du besoin de vous dire avec quelle satisfaction je vois la prospérité toujours croissante de la société, l'affluence des candidats qui se pressent pour remplir les places que chaque année laisse vacantes dans son sein, et le titre de membre de la Société anatomique rehaussé par la juste sévérité qu'elle apporte dans le choix des candidatures devenues de plus en plus nombreuses.

Il m'est doux de voir, au milieu de ce renouvellement continu de ses membres, l'esprit de la société rester le même, esprit d'observation et de recherches, esprit de bienveillance et d'estime mutuelles, esprit d'émulation généreuse, en un mot, esprit d'association, avec tous ses avantages, sans aucun de ses abus, et qui fait profiter chacun des travaux de tous.

Persévérez, Messieurs, dans cette voie laborieuse et sûre

qui vous promet les plus grands succès dans votre carrière scientifique et pratique. Portez toujours bien haut le sentiment de la dignité médicale, qui n'est autre chose que le sentiment profond de l'honneur et du devoir : vous en avez donné de mémorables exemples dans le cours de cette année; et si votre rigide sévérité a paru exagérée à quelques-uns, elle a reçu la sanction de la conscience publique. En pareille matière l'exagération elle-même est respectable.

Ne vous laissez pas dire que par le temps qui court, on ne réussit que par l'esprit de coterie et de népotisme, trop souvent décoré du nom de patronage, mais qui au fond n'est que de l'égoïsme et de la servilité. Et moi je vous dis qu'il est moralement impossible qu'un médecin qui appuie sa réputation sur la double base d'une instruction solide et de la moralité, et qui, d'une autre part, ne met pas obstacle à ses succès par des travers de caractère, par de la négligence, par l'amour immodéré du bien-être, qui est toujours prêt lorsqu'on vient réclamer ses soins, et qui les proportionne non à sa convenance, mais à la gravité de la maladie, je dis qu'il est moralement impossible qu'un médecin ainsi posé n'ait pas les plus grands succès dans sa carrière.

Pour vous en convaincre, voyez vos devanciers de la société anatomique.

Il y a quelques années, MM. les professeurs Royer-Collard, Blandin, Bérard aîné, Bérard jeune, si regrettable! Denonvilliers, Sédillot, Forget, Rigaud, etc., le plus grand nombre des agrégés de la faculté et des médecins des hôpitaux étaient ici à votre place. Je puis vous le prédire; car les vérités dans l'ordre moral sont aussi positives que les vérités dans l'ordre physique, c'est dans vos rangs que se recruteront les facultés et les hôpitaux; c'est de vos rangs que sortiront les praticiens les plus recommandables, comme aussi les savants les plus distingués, si quelques-uns d'entre vous veulent suivre une carrière purement scientifique.

Je m'arrête, Messieurs, sur cette pensée consolante pour

donner la parole à M. votre secrétaire, qui va vous présenter dans un ordre systématique le résumé des faits dont la société anatomique a doté la science pendant l'année qui vient de s'écouler.

Permettez-moi d'être l'interprète de la société envers les membres du comité de rédaction, qui s'est acquitté de ses importantes fonctions avec tout le zèle que nous devons en attendre.

La société ne doit pas moins d'éloges aux membres de son bureau, qui ont si puissamment concouru par leur assiduité, par leur zèle et par leur dévouement dans l'accomplissement de leurs fonctions, à la prospérité de la société.

J'ai, pour mon compte, des excuses à adresser à la société de mon peu d'exactitude à ses séances ; je puis lui assurer que c'est un véritable chagrin pour moi que d'être trop souvent empêché par d'autres devoirs, de prendre une part active à ses travaux.

M. DEVILLE, vice-président, prend ensuite la parole, et s'exprime en ces termes :

Voici, Messieurs, deux belles années qui viennent de s'accomplir pour nous tous, membres de la société anatomique, et pour moi en particulier, qui me suis trouvé appelé par votre vote libre et désintéressé, une première fois à rédiger et publier vos travaux, une seconde fois à présider vos séances, si remplies d'intérêt. La meilleure manière de vous remercier pour votre bienveillant appel, m'a paru consister dans l'accomplissement rigoureux des devoirs honorables que vous m'aviez imposés. Cette tâche que je redoutais de ne pouvoir accomplir d'une manière aussi digne qu'il convenait, et que

j'en avais trouvé l'exemple dans mes prédécesseurs, vous l'avez rendue très facile par votre bonne volonté, votre esprit de concorde et de confraternité. Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, nous avons eu, il est vrai, le regret de voir apporter quelques méfiances injustes, quelques tendances à des discussions un peu personnelles, qui nous ont fait par moments, un peu dévier de la direction que nous devons suivre. Mais ces légers troubles passagers, à peu près inévitables dans les réunions nombreuses, ont bientôt disparu, et n'ont jamais été assez sérieux pour altérer gravement la bonne harmonie qui a régné en général entre nous. Continuons, Messieurs, à persévérer dans cette voie ; maintenons entre nous cette bonne entente qui nous permet de diriger notre attention collective uniquement vers les questions scientifiques, et nous parviendrons ainsi à des résultats qu'on aurait pu difficilement espérer.

Que de trésors déjà accumulés dans vos Bulletins ! Peu de personnes se font une idée juste de tout ce qu'ils renferment. Pour l'anatomie normale, on peut s'assurer aisément que la plupart des travaux sérieux en anatomie faits à Paris, ont été inspirés, commencés, et souvent bien perfectionnés au sein de votre société. Aucune autre collection n'offre avec autant d'abondance, ni exposées d'une manière aussi rigoureuse des faits précieux pour la tératologie, pour l'étude des monstruosités, cette étude si merveilleusement reprise, et élucidée par les travaux de notre ancien membre honoraire, l'illustre Geoffroy-S. Hilaire. Mais une science dont la constitution vous appartient incontestablement et tout entière dans ses progrès modernes, c'est l'anatomie pathologique. Il est impossible, dans l'état actuel, de comprendre l'anatomie pathologique en dehors de vos travaux si étendus et si remarquables, que le nom de cette science et le nom de votre société sont liés ensemble d'une manière indissoluble. Cette union est telle qu'on peut définir le but de votre société, constituée sur

ses bases actuelles, de cette manière : Favoriser, en les encourageant, les propageant et les éclairant des lumières d'une discussion publique les travaux d'anatomie normale et de tératologie, et surtout instituer sur des bases solides la science de l'anatomie pathologique.

Que l'institution de cette science se fasse au nom de votre société, ou au nom de l'un de vos membres seulement, ce n'en est pas moins à vous que devra en être rapporté l'honneur ; car d'une part vous en aurez fourni les matériaux, et d'autre part, au moyen de vos discussions publiques, vous avez fixé le plus souvent la valeur de chaque fait, vous l'avez rapproché des faits voisins, vous en avez indiqué la valeur, ce qui revient à dire que presque tous les matériaux fournis ont été régulièrement coordonnés.

Honneur, par conséquent, à nos fondateurs, qui ont si bien prévu tous les services que notre société pouvait rendre à la science, et qui n'ont pas reculé devant les difficultés qu'il leur a fallu vaincre ! Honneur à Dupuytren dont l'idée créatrice avait reçu d'abord un commencement d'exécution, et qui aurait pu faire avancer bien plus encore l'anatomie pathologique, qu'il avait tant perfectionnée, s'il avait pu joindre à ses travaux personnels ceux d'une société active comme la nôtre ! Qu'il me soit permis d'associer à cet hommage le nom de notre président perpétuel, qui a si bien repris l'idée première du maître, et plus heureux que lui, a pu la mettre complètement à exécution. Tous ceux qui s'occuperont désormais d'anatomie pathologique leur devront la plus grande reconnaissance.

Grâce à eux, notre société a pu se fonder et s'établir sur des bases tellement solides, qu'elle peut maintenant marcher d'un pas assuré vers son but, tel que je viens de le définir, à savoir l'institution de la science de l'anatomie pathologique. Mais pour atteindre ce but, il ne faut pas que nous en exagérions la portée. Trop souvent on a cru pouvoir trouver dans

l'anatomie pathologique la base réelle de l'étude des maladies. Ne voyons-nous même pas en ce moment un de nos professeurs les plus inventifs, les plus aimés, soutenir qu'il n'y a pas de maladie, qu'il n'y a que des états organo-pathologiques ?

Il nous appartient, Messieurs, à nous qui voyons les lésions organiques de près, qui pouvons en apprécier toute la valeur, de fixer bientôt les limites de la science que nous cultivons. Que pourrions-nous gagner à en exagérer l'importance ? N'y perdriions-nous pas bien sûrement en provoquant une réaction qu'autoriteraient des prétentions injustes ? Voyez où en sont réduits aujourd'hui les localisateurs. Poussés dans leurs derniers retranchements, ils sont obligés de localiser une grande partie des maladies dans le sang. *Localiser une maladie dans le sang !* étrange opposition de mots qui, pour nous servir d'une expression bien juste d'un de nos célèbres poètes,

Hurlent d'effroi de se voir accouplés.

N'est-ce pas là comme si l'on disait qu'une maladie est localisée dans le corps ? Car le sang n'est pas chose isolée et isolable ; à chaque instant le sang fournit les matériaux solides du corps et les reprend ; à chaque instant il y a échange complet entre tous les solides du corps et le sang ; le sang, cette chair coulante, est partout, se confond intimement avec tous les organes ; et qui dit maladie du sang dit maladie de tout le corps. Ceci est bien vieux, Messieurs, a été souvent dit et démontré ; et cependant à notre époque on n'a pas craint d'associer ces deux mots dont la signification est contradictoire, *localisation dans le sang*.

Lorsqu'on y réfléchit sérieusement, l'illusion n'est plus permise. Non, l'anatomie pathologique ne nous donne pas la clé des maladies. Les lésions organiques observées pendant la vie ou après la mort sont plutôt des produits que la cause des maladies, dans la grande majorité des cas. Toujours, d'ailleurs,

elles ne sont que l'un des éléments de la maladie; élément précieux, il est vrai, et d'autant plus précieux qu'il est plus facile à constater et à apprécier.

Voilà le sens dans lequel l'anatomie pathologique doit être étudiée aujourd'hui. Je suis heureux de pouvoir dire bien plus, voilà le sens dans lequel l'anatomie pathologique est étudiée dans notre société, comme on peut s'en assurer en parcourant vos bulletins. Maintenu dans ces limites, l'anatomie pathologique est appelée à rendre, comme elle a rendu déjà, les plus grands services; elle en rendra d'autant plus qu'elle n'exposera pas désormais les investigateurs à se fourvoyer au milieu de recherches infructueuses.

Je n'ai pas besoin de chercher à vous apporter ici la preuve du rôle si utile que joue et que doit jouer encore l'anatomie pathologique. Cette preuve se trouve dans chacune des pages de vos bulletins. Mais je vais prendre parmi vos travaux encore inédits, un fait qui va vous montrer comment l'anatomie pathologique peut dans certains cas servir à juger des questions importantes de pratique.

Au milieu des grands progrès qui ont porté si loin les limites de la chirurgie moderne, on peut signaler en première ligne les améliorations nombreuses apportées dans le traitement des anévrysmes. Eh bien! là comme partout ailleurs, à de grandes découvertes qui démontrent la puissance de l'esprit humain, à de grandes vérités se sont trouvées mêlées de graves illusions, revers de la médaille, traces manifestes et constantes de notre imperfection actuelle. On a pensé qu'on avait reculé les limites de la chirurgie; on a répété presque partout qu'un grand nombre des anévrysmes dits internes, inattaquables jusque là par les ressources de la médecine opératoire, pouvaient guérir au moyen d'opérations.

Ce prétendu progrès date de 1828, époque où James Wardrop publia, à Londres, sous les auspices du roi d'Angleterre, son livre, intitulé : *De l'Anévrysme et de son traitement par*

une nouvelle opération, opération à laquelle était presque généralement resté accolé le nom de Wardrop, bien qu'elle ne fût pas absolument nouvelle. C'est la même opération, connue aussi sous le nom de Brasdor, auquel Desault et Boyer en rapportaient l'indication théorique. Elle consiste, vous le savez, à venir placer une ligature sur l'artère affectée d'anévrysme, ou même sur les artères qui en proviennent, non plus entre le cœur et l'anévrysme, c'est-à-dire sur l'extrémité centrale du vaisseau, comme dans la méthode de Hunter ; mais bien entre l'anévrysme et les capillaires, c'est-à-dire sur l'extrémité périphérique de l'artère. Elle paraissait par conséquent applicable à une foule d'anévrysmes profonds du tronc brachio-céphalique, des artères carotides, sous-clavières et iliaques, qui se trouvaient rentrer dans le domaine de la chirurgie.

Avant Wardrop, il le signale lui-même, cette méthode avait été appliquée une fois en France par Deschamps, une autre fois en Angleterre par A. Cooper, pour des anévrysmes des artères iliaques. Dans les deux cas, l'opération avait été bientôt suivie de la rupture du sac anévrysmal ; résultat qui s'est renouvelé depuis, et qui ne doit pas être attribué, ainsi qu'on l'a dit à tort, à la présence d'artères collatérales entre l'anévrysme et la ligature ; résultat d'ailleurs dont on pouvait prévoir, et dont les notions actuellement acquises permettent de prouver la possibilité assez fréquente.

Depuis lors, cette opération a été pratiquée au moins une vingtaine de fois ; car j'ai pu en réunir vingt-deux observations que j'ai toutes méditées avec la plus grande attention. Voici en quelques mots le résultat de mon examen, qui a toujours porté sur les observations originales en français ou en anglais, ce qui importait beaucoup pour relever des erreurs fâcheuses qu'on a commises bien souvent au sujet de ces observations. Pour en donner un exemple, on trouve cité partout le fait de Lambert qui aurait traité et guéri par la méthode

Brasdor un anévrysme de la carotide ; or, Messieurs, si on lit l'observation originale de Lambert, on est tout stupéfait, lorsque l'on constate à ne pouvoir en douter qu'il n'y avait jamais eu d'anévrysme, diagnostic négatif que A. Cooper avait d'ailleurs porté formellement pendant la vie de la malade, et avant l'opération. Je pourrais citer plusieurs autres exemples d'erreurs aussi sérieuses, mais je me hâte d'arriver à l'appréciation générale des faits connus.

Il résulte du dépouillement impartial de ces faits qu'à part un petit nombre d'anévrysmes limités à la carotide, toutes les opérations ont été funestes et très souvent mortelles ; j'en fournirai ailleurs la preuve. Dans quelques cas d'anévrysmes de la carotide, il y a eu succès complet, mais succès plus que compensé par les accidents graves survenus dans les autres cas. Et encore, l'on est à se demander si ces cas de guérison ne sont pas dus uniquement à l'inflammation vasculaire produite par l'opération plutôt qu'à l'arrêt réel de la circulation, ainsi qu'on en retrouve la preuve en analysant soigneusement quelques-uns des faits qui ont été rapportés avec détail.

En présence de pareils faits, on aurait pu bien difficilement s'appuyer sur les observations, près d'un esprit sérieux, pour oser ranger la méthode de Wardrop ou de Brasdor parmi les méthodes entrées définitivement dans le domaine de la chirurgie. Mais voici un fait qui vous a été présenté en 1843 par S.-Clavier, et devant lequel s'écroule tout l'échafaudage de raisonnements rassemblés par Wardrop à l'appui de sa méthode. Ce prétendu progrès de la chirurgie va être jugé définitivement par l'anatomie pathologique.

En juillet 1843, S. Clavier me demanda de venir disséquer chez lui une pièce d'anévrysme de l'artère sous-clavière qui avait déterminé la mort du malade. J'engageai, à mon tour, un de nos membres honoraires, M. P. Bérard, professeur de physiologie à la faculté, et dont j'étais l'interne, à venir assister à cette dissection. Nous prîmes le scalpel alternative-

ment, M. Bérard et moi, et c'est nous deux qui avons fait la trouvaille. Frappé de l'importance du fait dont la présence de M. Bérard garantissait plus que suffisamment déjà l'authenticité, je pressai vivement S. Clivier d'achever la préparation de la pièce pour vous l'apporter. Voilà comment cette pièce vous a été présentée, et par suite plusieurs d'entre vous ont pu l'examiner avec soin.

Or, l'anévrysme dans ce cas avait continué à s'accroître constamment jusqu'au moment de la mort, et cependant à l'autopsie nous avons constaté qu'il y avait oblitération de toute la partie externe de l'artère sous-clavière, ainsi que de toutes ses branches collatérales sans exception, oblitération complète de la carotide primitive droite, et oblitération complète également de la carotide primitive gauche. Des quatre gros troncs qui partent supérieurement de la crasse de l'aorte, il n'y avait plus que l'artère sous-clavière gauche qui fût perméable.

Réfléchissez bien, Messieurs, au point de vue de l'application de la méthode de Wardrop, sur ce fait : D'un côté, oblitération de toutes les artères périphériques à l'anévrysme, et même des artères voisines ; d'un autre côté, persistance de l'anévrysme qui continue à augmenter. Ne trouvez-vous pas là, au nom de l'anatomie pathologique, la condamnation complète de cette méthode ? Un chirurgien pourra-t-il jamais se flatter d'obtenir par un procédé quelconque l'oblitération de toutes les artères qui s'étaient formées naturellement dans ce cas ? Et en supposant qu'il fût possible d'y songer, on verrait après une série d'opérations dont chacune est si souvent mortelle, l'anévrysme persister.

Je m'arrête ici dans l'exposition de ce fait dont les applications nombreuses, démontrent suffisamment le principe que j'avais établi, à savoir les grands services que peut rendre l'anatomie pathologique, jusque dans le jugement à porter sur des faits essentiels de pratique. Au milieu de la multiplicité de

faits qui remplissent vos bulletins, j'aurais pu choisir un bien grand nombre d'exemples analogues, et qui n'auraient manqué ni d'intérêt ni d'actualité. J'insiste sur ce dernier mot, parce qu'il ne faut pas nous faire illusion non plus à cet égard. Nos bulletins, Messieurs, ne sont pas assez répandus, manquent du degré de publicité qu'ils méritent, et qu'ils ne pourront probablement pas acquérir par eux-mêmes sans auxiliaires. Nous en avons la preuve tous les jours, en entendant discuter ailleurs, et sans l'aide des faits que nous avons péniblement amassés, bien des questions que nous avons singulièrement éclaircies.

Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, notre société a éprouvé deux pertes douloureuses. La première est celle de Gogué, l'un de nos membres adjoints, interne des hôpitaux, et publiciste déjà connu, qui a succombé aux suites d'une fièvre typhoïde. La seconde, bien plus vivement ressentie, est celle du docteur Curran, l'un des illustres martyrs de la malheureuse Irlande. Jeune, savant, dévoué, il n'a trouvé que la mort comme récompense du zèle avec lequel il luttait contre cet horrible fléau, le typhus, qui dévastait son pays.

Telle est bien souvent, Messieurs, notre fin à nous autres ; telle est notre destinée, à part de bien rares exceptions. Lutter pendant long-temps pour suffire aux exigences sociales ; arriver tard, bien tard, à une modeste médiocrité qui ne nous met pas toujours à l'abri du besoin ; et mourir le plus souvent victimes de notre zèle, le cœur abreuvé d'amertume pour toutes les ingratitudes et les infamies dont nous sommes témoins. Qu'importe ! Au sein de notre civilisation décrépite et corrompue, le dévouement, le sacrifice ne sont-ils pas les premières des vertus ? Qui plus que nous, membres du corps médical, offre des exemples répétés de dévouement ? Exemples glorieux, Messieurs, et que nous serons heureux de sui-

vre, sûrs de trouver, non pas au dehors, mais dans ce tribunal intérieur auquel les méchants cherchent en vain à se soustraire, dans notre conscience, une rémunération suffisante pour ce que nous aurons fait.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1847.

Par le docteur Victor THIBAUT, secrétaire.

Messieurs,

La mission que vous confiez tous les ans à votre secrétaire, celle de vous faire le compte rendu de vos travaux, est trop belle à remplir pour qu'il ne cherche point par tous ses efforts à justifier vos suffrages, et à se rendre digne de votre confiance. Rien, en effet n'est plus honorable pour un membre d'une société que d'avoir à reproduire et apprécier les travaux de ses collègues, que d'avoir à mettre en relief l'importance de leurs communications. Mais, Messieurs, pour mériter l'honneur qui rejaillit sur celui qui sait atteindre ce but, il faut vaincre des difficultés dont le nombre et la gravité sont tels que je dois dès maintenant réclamer toute votre bienveillance; elle m'est d'autant plus nécessaire qu'en désignant, il n'y a pas encore une année, M. Bonnet pour votre secrétaire, vous vous assuriez pour l'avenir un compte rendu digne de son auteur, digne de vos travaux, digne de vous. N'en aviez-vous pas pour garants la justesse de son esprit, l'élégance et la pureté de son style, en même temps que ses connaissances approfondies?

Je devrais peut-être, aujourd'hui qu'il est absent, dire com-

bien ont été vifs les regrets qui l'ont suivi dans sa retraite (1). Qu'il me suffise de constater les sentiments pénibles qui vous affectent en voyant dans cette solennité sa place occupée par un autre que lui. Et maintenant, Messieurs, en présence de ces mêmes sentiments, mon embarras n'est-il pas encore plus grand? Comment éviter une comparaison qui serait si défavorable pour moi? Veuillez donc oublier un instant ce qu'eût été M. Bonnet; n'exigez pas qu'héritier de son titre, je le sois aussi de son talent; et daignez encore une fois, je vous en conjure, m'accorder cette indulgence dont vous m'avez donné tant de preuves pendant l'année qui vient de s'écouler.

A l'exemple de mes prédécesseurs, je passerai successivement en revue vos recherches relatives à l'anatomie normale et à la physiologie; celles qui ont trait aux déviations organiques, pour m'occuper ensuite d'un ordre de faits beaucoup plus importants, je veux parler de ces lésions pathologiques qui viennent entraver les fonctions de l'organisme. Ce sera, je crois, le meilleur moyen de vous prouver que, cette année plus encore que les précédentes, vous avez su faire une ample moisson dans le champ de la science.

ANATOMIE NORMALE.

Malgré les immenses progrès que l'anatomie de l'homme a faits depuis un demi-siècle, elle n'est point encore arrivée au degré de perfection qu'elle doit atteindre un jour. Beaucoup de découvertes restent encore à faire, et parmi les plus récentes bon nombre demandent à être vérifiées avant d'avoir droit de domicile dans la science. Telle est la double tâche qu'a dû s'imposer la société anatomique, tâche dont elle fournit, lentement il est vrai, l'accomplissement. Mais,

(1) M. Bonnet, nommé secrétaire dans la séance du 19 mars 1847, a donné sa démission le 14 mai 1847.

Messieurs, félicitons-nous de cette lenteur ; car un monument élevé à la hâte inspire toujours des craintes sur sa solidité.

Parmi les faits nouveaux qui vous ont été communiqués, le plus important de tous est, sans contredit, celui que vous devez à M. Gros (page 73) ; il vous a dit en effet, avoir découvert, dans le système nerveux de la tête, le ganglion que l'homme *sensoriel* à cause de ses nombreuses relations avec les appareils nerveux du goût, de l'ouïe et de l'odorat ; il est seulement à regretter que, pour un point aussi important, M. Gros n'ait pas cru devoir vous associer à sa découverte en vous permettant de la constater par vous-même. Je dois vous rappeler encore les travaux du même anatomiste sur la corde du tympan, travaux qui lui ont attiré de la part de votre commission un juste tribut d'éloges (147).

Comme travaux de vérification, je dois vous signaler celui de M. Caudmont relatif à la structure du *verumontanum* ; celui d'un de vos membres correspondants, M. Rigault, de Dijon, sur la valvule relative des deux reins (99) ; celui de M. Blot sur les aponévroses de la région inguinale (174) et ceux enfin de M. Gros () sur les anastomoses qui existent entre les vaisseaux artériels et les vaisseaux lymphatiques. Un mot seulement sur cette question qui mérite de fixer si vivement votre attention : suivant M. Gros, en poussant une injection dans l'aorte, on parvient à injecter les vaisseaux lymphatiques du pœmon ; on distend également les lymphatiques des ovaires avec le liquide que l'on a fait pénétrer dans les vaisseaux artériels de cet organe. C'est là, vous le voyez, Messieurs, la reproduction d'un phénomène observé par plusieurs anatomistes, et entre autres, par notre illustre président quand il injectait les lymphatiques de la rate par l'artère splénique. Après de pareilles expériences, les anastomoses entre les vaisseaux artériels et lymphatiques paraissent sembler démontrées ; malheureusement il faut encore

prouver que dans ces cas il n'y a pas eu déchirure des tissus; or c'est une preuve que nous attendrons probablement longtemps encore.

Je terminerai ce qui se rapporte à l'anatomie en vous parlant d'un point d'embryologie qui a soulevé plusieurs discussions dans le sein de la société (90 et 91). Pour quelques anatomistes, M. Coste entre autres, la membrane caduque, ou plutôt ce que l'on a désigné sous le nom de feuillet utérin de la caduque, ne serait autre chose que la muqueuse utérine; cette opinion, vivement défendue par M. Deville, a de même été vivement attaquée par M. Depaul, qui vous a présenté plusieurs pièces, une, entre autres, qui a fixé toute votre attention dans une des dernières séances; m'expliquer à son égard serait empiéter sur les devoirs de mon successeur.

PHYSIOLOGIE.

Au nombre des questions qui cette année ont le plus préoccupé le monde médical, nous devons mettre en première ligne tout ce qui a rapport à l'éthérisation. La société anatomique ne pouvait rester étrangère à ce mouvement: l'un de vos membres, M. Gubler, en a profité pour étudier l'irritabilité musculaire sur un membre amputé quelques minutes auparavant. Ses résultats ont été confirmés par M. Gruby, qui avait antérieurement fait les mêmes expériences sur les animaux.

A l'occasion d'une malade sur laquelle il avait constaté l'oblitération des trompes, et qui n'avait jamais été réglée, M. Guérard, examinant devant vous cette question si obscure de l'origine du sang menstruel, s'est prononcé en faveur de l'opinion des auteurs qui le font venir de l'ovaire (11): si parfois des observateurs ont vu le sang suinter de la surface même de l'utérus, c'est que l'observation portait sur des femmes mères déjà de plusieurs enfants, et que dans ces

conditions l'ovaire et l'utérus participent également à l'exhalation sanguine.

MM. *Moutard-Martin* et *Bermutz* vous ont raconté (81) l'histoire de deux malades chez lesquels la sécrétion urinaire s'est complètement supprimée pendant quatorze et quinze jours, et reparut dans un cas immédiatement après l'invasion d'une pneumonie, et dans l'autre après l'administration de deux purgatifs. Ces faits exceptionnels seraient peut-être difficiles à expliquer, si nous n'ajoutions que dans ces cas ils observèrent du trouble dans les fonctions cérébrales, trouble dont le résultat fut tout à fait l'inverse de celui des émotions morales vives qui amènent si facilement une hypersécrétion urinaire.

A côté de ces lésions de sécrétion sans altération organique appréciable, je dois rappeler l'exemple de cette malade qui rendait par les selles une matière grasse huileuse, fusible à une basse température (202). Vous devez cette importante communication à l'honorable M. *Barth*, qui, malgré ses nombreuses occupations, trouve encore la possibilité de consacrer quelques instants aux travaux de la société.

N'est-ce pas le lieu de vous citer la malade de M. *Caudmont*, qui, dans le but d'exciter la charité publique, s'introduisait chaque jour dans la vessie un grand nombre de petits cailloux? elle était ainsi parvenue à dilater l'urètre d'une quantité suffisante pour permettre l'introduction facile du doigt dans la vessie (104).

DEVIATIONS ORGANIQUES.

Dans cet exposé, je suivrai, Messieurs, la classification proposée par l'immortel auteur du *Traité de Tératologie*. Vous connaissez trop les principes sur lesquels elle est fondée pour m'obliger à en justifier le choix à vos yeux.

Hémitéries. — Dans l'ordre des hémitéries par déplace-

ment, je dois mettre le pied-bot valgus (168) que vous devez à M. de Beauvais, et cet exemple de déplacement du testicule (285) qui vous a été montré par M. Coffin. Vous vous rappelez que chez le malade qui le présentait, la glande séminale, au lieu de descendre dans le scrotum, à sa sortie du canal inguinal, s'était portée en dehors et en haut, en avant de l'aponévrose du muscle grand oblique.

Aux *anomalies de connexion* je rapporterai d'abord cette anastomose du nerf milo-hyoïdien avec le nerf lingual, qui vous a été envoyée par un de vos correspondants, M. Aubry de Rennes (5); puis le petit filet (84) qui sur une pièce de M. Gros, allait du nerf nasal de l'ophtalmique au nerf optique avec lequel il s'anastomosait auprès et en avant du trou du même nom; et enfin cette pièce de M. Demarquay, sur laquelle on voyait les artères carotides primitives naître par un tronc commun de l'aorte, et l'artère sous-clavière droite prendre son origine à gauche de sa congénère; dans ce cas, le nerf récurrent manquait, et les rameaux qu'il fournit ordinairement venaient du nerf pneumo-gastrique.

Comme exemples d'*anomalies par disjonction*, je ne ferai que vous citer les cas de division de la voûte palatine présentés par MM. Bonnet (95) et Pitet.

J'ajouterai que, comme complément de cette nombreuse classe des hémitéries, M. Jul. Godart vous a montré (202) un exemple du muscle de la glande thyroïde déjà indiqué par Sæmmering (*musculus levator glandulae thyroideae*), et dont l'existence se trouvait de nos jours mise en doute par plusieurs anatomistes.

Hétérotaxie. — Vous en devez à M. Pigné un nouvel exemple (231), qui vous a rappelé celui sur lequel M. Richard vous donnait l'année dernière de si intéressants détails.

Monstruosités. — J'arrive directement, Messieurs, à vous parler des monstres que M. Is. Geoffroy-S.-Hilaire di-

visé en deux sections : les monstres unitaires et les monstres composés. A la première se rattache le cas d'anencéphalie que vous a montré l'un de nos collègues, M. *Emile Dubois*. A la seconde appartient l'histoire de ces deux langues latérales et de ce cœur ayant trois ventricules (169) observés par M. Pigné sur un monstre monocéphale et bimane, mais ayant quatre membres abdominaux. Ces deux faits, joints au kyste fœtal qu'il a rencontré sur le colon transverse d'un jeune homme de trente-deux ans (267) viennent confirmer les idées de notre collègue sur les monstruosité par inclusion.

Je ne quitterai point ce qui a trait aux déviations organiques sans vous parler de deux cas de grossesses extra-utérines : le premier a été observé sur une brebis (277) par un de vos membres honoraires, M. *Goubaux*, professeur à l'école d'Alfort. Dans le deuxième, qui vous a été communiqué par M. *Laffley* (183), la malade a succombé à une hémorrhagie dépendant de la rupture du kyste qui renfermait le produit de la conception.

LÉSIONS PATHOLOGIQUES.

Pour faire l'exposé de cette partie si riche de vos travaux, je ne crois pas nécessaire d'établir les principes sur lesquels repose une classification naturelle en anatomie pathologique ; la nature même du compte-rendu m'interdit toute tentative de ce genre. Si j'ai pu tout-à-l'heure employer cette méthode en vous parlant des déviations organiques, c'est qu'il s'agissait alors de phénomènes que j'appellerai simples relativement à ceux essentiellement complexes qu'il me reste à vous indiquer, et sur lesquels je puis avoir à revenir plusieurs fois avant la fin de cette lecture.

Après vous avoir dit quelques mots des maladies qui exis-

tent pendant la vie intra-utérine et de celles qui sont congéniales, je passerai à l'examen de celles que l'on observe chez l'adulte, et que, pour plus de facilité, je diviserai en lésions physiques et lésions de nutrition.

Malgré son isolement du monde extérieur, l'homme, à son origine, rencontre dans le sein de sa mère un grand nombre de causes délétères, dont les unes amènent la mort immédiate, et dont les autres, épuisant complètement leur action sur le fœtus, laissent après elles des difformités quelquefois incurables. Parmi les premières je placerai l'hémorragie des membranes de l'œuf; M. *Robin* ne vous a-t-il pas démontré, dans son rapport sur M. Boussi, quelle influence fâcheuse elle avait eue sur l'embryon? Aux secondes j'attribuerai les amputations spontanées des doigts, qui coïncidaient avec des brides fibreuses placées à la surface du placenta apporté par notre collègue M. *Moreau*.

Dans cette classe des affections congéniales, je puis citer le céphalématôme (217) que vous devez à M. *Rieux*, en même temps que ces invaginations multiples que M. *Pigné* vous a fait constater sur l'intestin d'un nouveau né qui avait succombé à une méningite (236).

* LÉSIONS PHYSIQUES.

1° *Déchirures, plaies*. — Vous retrouverez ici cette déchirure du poumon, observée par M. *Blondeau*, et cette rupture de l'aorte qui accompagnait le cas de fracture de la colonne vertébrale, dont M. *Rollet* vous a donné l'observation complète. Je vous signalerai de même ce cas de décollement de la symphyse pubienne rencontré par M. *Emile Dubois* sur une femme qui avait subi l'application du forceps.

Sur des pièces appartenant à MM. *Blondeau* (316), *Pigné* (228) et *Coffin*, vous avez pu vérifier les modifications que le

temps amène dans les tissus à la suite de la cicatrisation des membres amputés.

2° *Fractures*.—Des huit communications, relatives à l'histoire des fractures, qui vous ont été faites cette année, deux étaient des exemples de fractures multiples; elles appartiennent à MM. *Letixerant* et *Empis*. A part celle du crâne, (85) que vous devez à M. *Lepelletier*, les autres siégeaient sur les membres. C'est ainsi que pour le membre inférieur, M. *Huette* vous a montré une fracture non consolidée du col du fémur, et M. *Bouteiller* une fracture de la rotule dont les fragments paraissaient réunis par un cal osseux. Au membre supérieur, vous avez observé deux fractures du radius: l'une, de l'extrémité inférieure, recueillie par M. *Lafley* sur un adulte; l'autre, de l'extrémité supérieure, observée par M. *Gubler*, sur une enfant à la mamelle, coïncidait avec un décollement et une luxation de l'épiphyse de cet os. M. *Blondeau* a mis encore sous vos yeux deux fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont les fragments offraient un véritable emboîtement analogue à celui des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

3° *Luxations*. — M. *Pigné* vous a fait voir une luxation de la première pièce du sternum sur la seconde. Son mode de production a fait naître une discussion intéressante, à laquelle ont pris part MM. Richard et Fredault. C'est le seul exemple de luxation récente que vous ayiez observé cette année; rareté facile à comprendre, la mort étant rarement la suite des accidents qui produisent ces déplacements.

Plusieurs luxations anciennes ont été soumises à votre examen: l'une (231), par M. *Pigné*, de l'articulation coxo-fémorale, et une autre, de l'épaule, par M. *Broca* (101). Dans une troisième enfin, que vous devez à M. *Déville*, le déplacement portait sur l'extrémité supérieure de la phalange du pouce. Ce dernier fait mérite d'autant plus de fixer votre attention, que c'est, pour ainsi dire, dans le sein de la société

que l'on a pour la première fois étudié les causes d'irréductibilité de ces luxations : le travail de notre estimable collègue, M. Pailloux (1) n'est-il pas là pour en témoigner?

4° *Hernies* — Outre l'intérêt qui s'attache aux communications de MM. *Rollet*, *Morel* et *Dimay* sur les hernies inguinales et crurale, je dois spécialement vous signaler celles de MM. *Pigné* et *Emile Dubois*, relatives aux hernies qui se font à travers le diaphragme : la première, observée sur un adulte, a paru laisser dans votre esprit quelques doutes sur son mode de production. La dernière a fourni à M. Richard l'occasion d'ajouter de nouvelles réflexions au rapport dont mon prédécesseur faisait l'année dernière un éloge si mérité.

A l'histoire des déplacements je dois rattacher le fait que vous a présenté M. *Marmy*, et dans lequel le rein avait subi un tel mouvement de rotation que sa face postérieure était dirigée en avant, et son bord externe en bas; l'oblitération de l'urètre au niveau de sa courbure en avait été la suite. Sur la vessie du même sujet vous avez également constaté un grand nombre de hernies de la membrane muqueuse dans les intervalles des fibres musculaires.

ALTÉRATIONS DE NUTRITION.

Nous arrivons ainsi, Messieurs, à vous parler des changements que les altérations de nutrition apportent dans nos tissus; le nombre en est considérable, et la variété infinie. Mais avant de chercher à vous en esquisser le tableau, permettez-moi de vous rappeler ce cas de scorbut (284), dont vous a parlé M. *Boulland*, et dans lequel vous avez constaté vous-même l'existence en différents points de l'économie, de caillots nombreux et consistants, état qui est en opposition avec cette diffuence que tous les auteurs attribuent au sang des personnes affectées de cette maladie.

Parmi les altérations des solides, les unes n'offrent d'inté-

(1) V. Bull. de la société anatomique, année 1826, pag. 142, 2^e édit.

rét que par leur nature, les autres, au contraire, attirent l'attention par leur siège dans tel ou tel tissu, dans tel ou tel organe. Je vais commencer par les premières, qu'elles soient ou non accompagnées de produits hétérologues.

Tubercule. — Un point capital dans l'histoire du tubercule, c'est la facilité avec laquelle il se développe dans nos organes, qu'il envahit tantôt simultanément tantôt isolément. MM. *Jul. Godart* (221), *Gruby* et *Charcot* d'une part vous ont communiqué des faits destinés à démontrer sa généralisation. D'autre part, M. *Blain des Cormiers* vous en a montré (107) dans la moelle épinière ; M. *Jul. Godart* dans l'utérus, M. *Leudet* (96) dans la cavité des trompes ; MM. *Notta* (95), *Viart* (326 et 330), *Robert* (350) et *Marmy* dans les organes génitaux de l'homme, M. *Lucien Corvisart*, dans l'épaisseur des reins de malades qui avaient succombé à un diabète sucré.

Faut-il encore, pour terminer cette longue énumération, vous parler de ceux des os des membres observés par MM. *Hérard* (200), *Broca* (273), et ceux de la colonne vertébrale rencontrés par MM. *Broca*, *Bonnet*, *Pigné* et *Triquet*, pièces qui viennent toutes confirmer l'exactitude de la description donnée par l'un de nos maîtres les plus distingués, M. Nélaton.

Cancer. — A côté du tubercule, je place tout ce qui se rapporte au cancer, qui, a comme ce dernier, le triste privilège d'envahir tous nos organes. De toutes les pièces qui vous ont été présentées, une seule était relative au cancer mélané ; vous la devez à M. *Boursier*. Une autre, que vous a montrée M. *Blot*, appartient au cancer épithélial, lésion sur laquelle notre collègue M. J. Mayor appelait l'attention de la société bien avant que des hommes, de mérite d'ailleurs, ne fissent connaître les mêmes résultats à une autre tribune, qui a sur la nôtre l'avantage d'une immense publicité.

A part les deux faits que jé viens de citer, tous les autres

étaient des exemples de cancer encéphaloïde ou squirrheux. Tels sont ceux qui siégeaient dans les os et qui vous ont été soumis par MM. *Bleu* (165), *Broca* (168), *Duclos* et *Huette* ; tels étaient aussi ceux de la glande parotide (100) et du sinus maxillaire (264), dont la communication vous a été faite, le premier, par M. *Macquet*, et le deuxième par M. *Blot*. Ceux de l'encéphale, que vous ont montrés MM. *Notta* (342), *Blondeau* (175) et *Bourceret*, ne faisaient pas non plus exception.

Je ne puis passer sous silence ce cas, dans lequel vous avez vu une tumeur cancéreuse envahissant les gros troncs veineux de la poitrine ; M. *Pigné*, qui vous la présentait, a profité de cette occasion pour vous citer quelques autres pièces analogues déposées dans les musées de l'Europe.

Dans les pièces que je viens de vous rappeler, la nature cancéreuse ne pouvait être mise en doute ; mais il n'en est plus de même de celle que vous devez à M. *Duclos*. Dans cette tumeur, en effet, qui siégeait à la cuisse, on trouvait tous les caractères extérieurs du cancer ; mais le microscope, dont l'importance va toujours croissant, a dû faire apporter quelque réserve dans cette appréciation. J'ajouterai, pour appuyer ce qui précède, que MM. *Pigné* et *Macquet* ont apporté des séries de pièces destinées à démontrer combien il est facile de tomber dans l'erreur, si on ne prend beaucoup de précautions pour l'éviter.

MM. *Bérault* (10), *Jules Godart* (287) et *Lucien Corvisart* ont à plusieurs reprises fixé votre attention sur l'existence simultanée du tubercule et du cancer, dans le but d'ébranler la loi d'incompatibilité admise par les auteurs ; mais en admettant cette incompatibilité, les anatomistes n'ont pas soutenu qu'il fût impossible de rencontrer, sur le même sujet, de la matière tuberculeuse et de la matière cancéreuse : ils ont prétendu seulement que l'évolution de ces produits ne pouvait se faire à la même époque. La question soulevée par nos collègues réclame donc encore de nouvelles recherches.

Le *tissu fibreux* est devenu l'objet de nombreuses communications de la part de MM. *Picaud* (178), *Jules Godart Courtin* (7) *Boulland* (197), *Gosset* et *Pigné* (232). Vous avez remarqué que l'utérus en a presque toujours été le siège ; cependant une malade dont vous a parlé M. *Pigné* en présentait dans tous les viscères. Notre vice-président, M. *Deville* a mis sous vos yeux une altération beaucoup mieux étudiée en Allemagne qu'en France, et qui n'est pas sans analogie avec le tissu fibreux ; c'est cette altération décrite par Müller, sous le nom d'*enchondrôme*.

Je ne vous ai rien dit encore des kystes hydatiques : plusieurs exemples cependant vous en ont été montrés, l'un (278) par M. *Cruveilhier*, siégeait dans l'aisselle, un autre, par M. *Dumoulin* (321), qui l'avait rencontré dans le canal rachidien, où il déterminait la compression de la moelle ; un troisième enfin était placé dans le foie, et se trouvait en communication avec le poumon : vous le devez à M. *Pénard*.

Variole, morve et syphilis. — Trois communications relatives à la variole vous ont été faites cette année : l'une de M. *Pigné*, qui vous a montré des pustules sur la tunique vaginale du testicule (107) ; les deux autres appartenant à MM. *Bogros* (141) et de *Beauvais* (84), se faisaient remarquer par la diathèse hémorrhagique qui avait amené la mort.

Nous devons à M. *Boulay*, professeur à l'école d'Alfort, le fait le plus important qui soit relatif à la morve, c'est un testicule (276), qui, sous l'influence de cette dernière, est rapidement devenu le siège d'une hypertrophie qui a nécessité l'amputation de cet organe.

M. *Viard* vous a montré une exostose du tibia (234), et M. *Courtin* (66) un tubercule syphilitique du cerveau ; la nature de ce dernier produit a paru laisser quelques doutes dans l'esprit de MM. *Barth* et *Richard*.

J'arrive maintenant, Messieurs, à vous parler des lésions qui puisent leur importance dans leur siège.

Comme altérations de la *peau*, je vous citerai ces deux tumeurs sanguines soumises à votre examen par MM. *Notta* et *Bouteiller*. C'est à l'occasion de cette dernière que M. Barth nous a communiqué des considérations précieuses sur le cancer cutané.

Le *système osseux* a souvent fixé votre attention : outre les exemples de tubercule et de cancer dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, je vous rappellerai ceux de nécrose que vous devez à MM. *Broca*, *Coffin* et *Lepelletier*, et cette observation de kyste séreux du maxillaire inférieur, qui devint pour son présentateur, M. *Guibout*, l'occasion d'un travail fort estimé. (V. l'*Union médic.*, sept. 1847). M. *Pigné* vous a fait voir les os d'un enfant rachitique (193) à l'occasion duquel s'est élevée une discussion utile à consulter. Vous avez encore accueilli avec intérêt les communications de MM. *Houel* et *Cusco*, la première (89) relative à un abcès de l'os maxillaire inférieur, et la deuxième à une dégénérescence graisseuse du canal médullaire du fémur (6).

Enfin, Messieurs, pour terminer ce qui se rapporte au système osseux, je vous citerai cette observation de tumeur érectile des os du tarse (244) à l'occasion de laquelle je vous rappelais cet aphorisme de Boerhaave :

« Ipsa ossa morbos patiuntur similes iis quos hactenus in mollioribus descripsimus. » (Aph., 512).

Aujourd'hui plus que jamais nous sommes, vous le voyez, à même d'en vérifier l'exactitude.

La pathologie des *articulations* n'a pas été moins riche ; cette année, que celle du système osseux. Vous avez observé un grand nombre d'arthrites, tantôt à l'état aigu, sur une pièce de M. *Blondeau* ; tantôt à l'état chronique, dans des faits communiqués par MM. *Houel* (4), *Notta* (258), *Broca* (271) et *Bouteiller*. Sur une pièce de M. *Béraud*, vous avez constaté la perforation de la cavité cotyloïde (237.) — Deux faits d'ankylose vous ont été soumis par MM. *Gosset* et *Macquet*.

Dans le premier l'immobilité était produite par l'ossification des parties fibreuses articulaires, et dans le deuxième par la soudure des os qui concourent à la formation du carpe. Vous devez encore à MM. *Blondeau*, *Le Tixerant*, *Coffin* (283) et *Broca* (171), des exemples de tumeurs blanches du coude, du poignet et du pouce. C'est à l'occasion de plusieurs de ces pièces que vous avez examiné la question relative à la vascularité des cartilages articulaires.

Système nerveux.—Un seul cas d'apoplexie cérébrale vous a été montré cette année ; c'est M. *Blain des Cormiers* (306) qui vous a fourni l'occasion de l'examiner. — Vous devez à M. *Chapelle* (6) un exemple de paraplégie dépendant d'une accumulation de tissu adipeux dans le canal rachidien, et à M. *Courtin* une observation de paralysie faciale liée à une carie du rocher.

Comme lésions des organes des sens, je n'aurai que deux faits à vous signaler, celui de cancer de l'œil, communiqué par M. *Macquet*, et cette cataracte sur laquelle M. *Broca* a dernièrement appelé votre attention.

Tube digestif.— Les faits que vous avez recueillis sur ces altérations sont précieux par leur nombre et leur variété ; ils touchent à tous les points de la pathologie, et si j'éprouve un regret, c'est celui de ne pouvoir vous les indiquer avec détails en mettant en évidence les questions obscures que chacun d'eux doit élucider un jour.

M. *Coffin* vous a montré une poche accidentelle de l'extrémité inférieure du pharynx (275), et qui semblait congéniale à plusieurs d'entre vous : M. *Dupuy* vous a présenté un rétrécissement fibreux de l'œsophage (302), et M. *Bernard* un exemple d'ulcération cancéreuse du même conduit (105).

A l'estomac vous avez pu constater à plusieurs reprises l'hypertrophie d'une ou plusieurs des parties qui concourent à le former, sur des pièces fournies par MM. *Leudet* (206), *Boyer*, *Blain des Cormiers* et *Corvisart*. Ces lésions se re-

trouvaient encore sur un gros intestin que vous a présenté *M. Notta*. Vous avez également observé deux rétrécissements de l'estomac que *M. Pigné* attribuait à l'influence pernicieuse des corsets (228 et 230).

Vous devez à *M. de Beauvais* plusieurs exemples de gastrites chroniques, et à *M. Faton* un nouveau cas de perforation des parois de l'estomac. A l'occasion d'une pièce de *M. Bérault* (10), *M. Barth* a fixé votre attention sur la difficulté qu'on éprouve à reconnaître le cancer de l'estomac à son début, quand l'œil n'y reconnaît point encore le produit cancéreux. La nature de ce dernier était au contraire des plus évidentes dans les pièces de *MM. Notta* (83) et *Courtin*.

Sur un intestin affecté d'ulcérations, *M. Pigné* (232) vous a montré combien il était difficile d'injecter les villosités intestinales. Plusieurs d'entre vous ont paru même ne pas croire à leur existence. *MM. Béraud* (280) et *Lacaze-Duthiers* (292) vous ont présenté des cancers du colon suivis l'un et l'autre de la rupture de l'intestin ; mais dans celui de *M. Lacaze*, la perforation s'était faite au colon dans un point dépourvu de péritoine.

En abordant l'histoire des annexes du tube digestif, je vous signalerai ce cas de ramollissement inflammatoire du mésentère dont *M. Bonnet* vous a parlé (86).—Parmi les lésions du foie, l'observation d'atrophie de cet organe, que vous a montrée *M. Courtin* (82) mérite seule de vous être signalée. *MM. Leudet* et *Bouland* ont su fixer votre attention sur les calculs biliaires (95, 197 et 284) en provoquant de la part de quelques membres des considérations relatives à leur mode de production. *M. Notta* (335) a fait, dans un rapport excellent, ressortir devant vous l'intérêt que méritait le cancer de la vésicule biliaire que vous avait présenté *M. Lacaze Duthiers*.

Les altérations de la rate ne sont pas de celles que l'on mette chaque jour sous vos yeux ; celles que vous avez observées cette année sont sans aucun doute d'une importance

extrême ; c'est ce que vous a prouvé M. *Richard*, d'une part en vous montrant (99) des concrétions fibrineuses qu'il avait rencontrées à la surface de cet organe ; d'autre part en faisant son savant rapport sur les apoplexies spléniques qui vous avaient été communiquées par MM. Mignot et Lemaistre.

Voies respiratoires. — Parmi les lésions de l'extrémité supérieure des voies aériennes, je signalerai le goître présenté par M. *Petit* et les ulcérations tuberculeuses du larynx que vous a montrées M. *Béraud* (81).—Dans le poumon, je vous rappellerai les deux faits de pneumonie (238 et 261) à l'occasion desquels MM. *Macquet* et *Gabalda* ont cherché à établir les caractères distinctifs de l'état aigu et de l'état chronique. La discussion qui suivit ces présentations est une des plus importantes qui aient été soulevées cette année dans le sein de la société.—Vous devez à MM. *Lefebvre* et *Lacaze Duthiers* (284) plusieurs communications intéressantes relatives à l'emphysème. Deux exemples de concrétions ostéiformes vous ont été montrés : la première par M. *Courtin*, était placée dans les bronches ; l'autre, par M. *Bleu*, siégeait à la surface du poumon, auquel elle n'adhérait que par un petit pédicule.

Bien que la pleurésie aiguë n'ait été l'objet d'aucune communication spéciale, je ne puis m'abstenir de vous parler d'un point de son histoire dont vous avez si bien compris l'importance, que vous avez consacré plusieurs séances à la discuter : je veux parler de la propagation de la phlegmasie aux tissus sous-jacents à la plèvre, et spécialement aux nerfs intercostaux. M. *Beau* ayant publié dans les *Archives de médecine* un mémoire sur la névrite intercostale, un médecin, candidat au titre de membre de la société, apporta plusieurs pièces destinées à vous en faire constater l'existence : de ce jour plusieurs membres, fixant leur attention sur ce point, vous apportèrent le résultat de leurs recherches, qui prouvaient que les nerfs s'enflammaient au contact de tissus qui étaient le siège d'une phlegmasie très-intense, et cela non

seulement dans le voisinage de la plèvre, mais encore dans d'autres points de l'économie. Vous le voyez, Messieurs, nous sommes loin maintenant de l'époque où l'on discutait l'existence de la névrite; ce problème est résolu; nous cherchons actuellement à apprécier les circonstances qui favorisent son développement.

Système circulatoire. — Parmi les affections du cœur qui vous ont passé sous les yeux, je vous citerai deux cas de péricardite aiguë communiqués par MM. *Lunier* (201) et *de Beauvais* (172) et un cas d'adhérence générale du cœur, qui a fourni à M. *Mailliot* l'occasion de faire plusieurs observations intéressantes. — M. *Courtin* vous a présenté un cas d'anévrysme partiel du cœur, analogue à ceux qui se trouvent relatés en grand nombre dans votre collection. Vous devez enfin à M. *LacazeDuthiers* un nouvel exemple de rupture du cœur (291).

M. *Pigné* a rappelé votre attention sur un cas de rétrécissement général de l'aorte observé sur un individu affecté en même temps de tubercules de la colonne vertébrale (275).

Neuf exemples d'anévrysmes de l'aorte vous ont été présentés dans le courant de cette année par MM. *de Beauvais* (77), *Lunier* (173), *Leudet*, *Notta* (193), *Courtin*, *Follin* (368) *Faton* (373) et *Boyer* (381). Cet ensemble de pièces, qui toutes offraient des particularités intéressantes, vous ont permis d'étudier d'une manière exacte l'histoire de cette affection beaucoup mieux que vous n'eussiez pu faire dans les ouvrages de pathologie.

Parmi les autres altérations vasculaires, je n'ai plus à vous signaler que le cas d'oblitération de l'artère fémorale présenté par M. *Broca* (373), et cette oblitération de la veine-cave inférieure par un caillot adhérent à ses parois (288). Ce cas était unique dans la science à l'époque de sa présentation par M. *Blain des Cormiers*; mais depuis un autre à peu près semblable a été observé dans le service de M. *Grisolle*

(hôpital Saint-Antoine). (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 8 janv. 1848).

Organes génito-urinaires. — Je vais encore avoir à vous exposer ici un grand nombre de communications; mais je serai aussi bref que possible; car je crains d'abuser de votre attention.

M. J. Godart vous a montré un exemple d'hémorrhagie dans le tissu même du rein (233). Vous avez examiné six faits de calculs urinaires: les uns, communiqués par **MM. Huette et Deville**, siégeaient dans les reins; les autres avaient été recueillis par **MM. Chapsal** (262), **Letixerant** (279), **Blondeau** (291) et **Triquet**. A côté de ces faits je placerai ce fragment de sonde (397) que **M. Caudmont** a retiré de la vessie, où il était devenu le siège d'un dépôt de sels de l'urine. Vous devez à **M. Le Tixerant** un exemple de cancer de la vessie (293). — Deux rétrécissements urétraux vous ont été présentés par **MM. Rollet et Marmy**. — Un cas d'oblitération du canal déférent vous a été soumis (87) par un de vos anciens vice-présidents, **M. Gosselin**. C'est ce fait qui lui a fourni l'occasion de publier, dans un journal de médecine un travail remarquable sur l'oblitération des voies spermatiques. A tous ces faits ajoutons encore deux autres, non moins intéressants: une ossification de la vésicule séminale, et un exemple de testicule fibreux, observés, la première par **M. Lucien Corvisart**, et le deuxième par **M. Pigné** (231). Pour en finir avec les organes génitaux de l'homme, je vous rappellerai cette tumeur veineuse du scrotum, dont vous devez la communication à **M. Escalier** (259). Ce fait si intéressant doit fixer d'une manière spéciale l'attention des lecteurs de vos Bulletins.

Outre les altérations des organes génitaux de la femme dont je vous ai parlé, il en est encore resté quelques-unes à vous signaler: tels sont ces cas nombreux de **MM. Deville et Courtin**, dans lesquels vous avez constaté sur le col utérin

une longueur de 6 à 8 centimètres, sans qu'il y eût prolapsus de cet organe. Tels sont aussi ces exemples de flexion de l'utérus que vous ont montrés MM. *Courtin* et *Pigné* (235). Aux lésions organiques du même organe, je rattacherai ce fait d'engorgement général présenté par M. *Barth* (226) ; ces cas de polype utérin mis sous vos yeux par MM. *Escalier* (8), *Coffin* (337), et *Lepelletier* ; ces observations de cancer que vous devez à MM. *Macquet* (99) et *Le Tixerant* ; dans ce dernier (294), vous ne l'avez point oublié, la dégénérescence avait envahi le nerf sciatique. Je dois vous citer encore cette tumeur fibreuse de l'utérus (178), qui avait fait admettre par un célèbre accoucheur l'existence d'une grossesse, et enfin vous rappeler, en terminant, ces kystes ovariens que MM. *Griquot* (8), *Gubler* et *Novaes* ont soumis à votre observation.

Ici, Messieurs, s'arrêtera le compte rendu de vos travaux ; vouloir excuser sa longueur, ce serait l'augmenter encore ; loin de moi la prétention d'avoir été complet, j'ai cherché seulement à vous esquisser l'ensemble des communications qui vous ont été faites sans vouloir m'appesantir sur aucune d'elles ; je pouvais, il est vrai, en examiner quelques-unes d'une manière spéciale, les étudier avec soin, vous indiquer ce que vous aviez fait, et ce que vous auriez pu faire. Mais, Messieurs, toutes les pièces qui vous ont été soumises avaient une égale importance, et méritaient par conséquent une part égale dans ce résumé : je devais donc vous tracer le tableau fidèle et concis de tout ce qui s'était passé dans le sein de la société. C'est vers ce but qu'ont été dirigés tous mes efforts, et si je n'avais pas craint d'abuser de votre attention bienveillante, j'aurais essayé de vous dire quelques mots de l'esprit philosophique qui préside à toutes vos discussions, et de la sage réserve que vous apportez dans l'appréciation des faits soumis à votre examen. Je regrette d'autant plus de ne pou-

voir le faire que ce sont là des avantages immenses qui assurent à tout jamais la prospérité de vos réunions.

Et maintenant, Messieurs, si pour vous comme pour moi, ces avantages sont réels, permettez à votre secrétaire de remercier en votre nom notre illustre président, M. Cruveilhier, pour avoir su, lors de la création de la société anatomique, établir cette dernière sur des bases aussi solides ; permettez-moi de le remercier encore pour cette sollicitude, dont il ne cesse de nous entourer, et qui nous permet d'espérer dans l'avenir des jours aussi heureux que par le passé.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME VINGT-DEUXIÈME.

A

Abcès par congestion, 235

— du cœur, 172.

— iliaque, 288.

— de l'os maxillaire inférieur, 89.

Acromion (fracture de l'), 4.

Absence des orteils, 228.

Aine (aponévroses de l'), 174.

Aisselle (kyste de l') 278.

Albuminurie, 287.

Amputations spontanées des doigts, 395.

Anasarque, 285, 435.

Anastomose du nerf mylo-hyoïdien avec le nerf lingual, 5.

— du nerf nasal avec le nerf optique, 84.

— des ganglions de la tête, 73.

Anencéphalie, 441.

Anévrisme de l'aorte, 77, 173, 197, 358, 361, 365, 373, 381.

— du cœur, 172, 427.

— du tronc brachio-céphalique, 464.

— (de la méthode de Brasdor dans les), 464.

Ankylose de la hanche, 436.

Anomalie des veines du cou, 16.

— des troncs artériels de l'aorte, 406.

Antéflexion de l'utérus, 170, 196.

Aorte (anévrismes de l'), 77, 173, 197, 358, 361, 365, 373, 381.

— (anomalie des troncs qui naissent de l'), 406.

— (dilatation de l'), 50.

— (rétrécissement de l'), 52, 275.

Aponévroses de l'aine, 174.

Arrachement (des fractures par), 29.

Artère fémorale (oblitération de l'), 273.

Asthme, 424.

Arthrite, 4, 271, 396.

Atrophie du foie, 82.

Auscultation des poumons, 108.

B

Biliaire (calcul), 95, 197, 284.

— (cancer de la vésicule), 335.

Brachio-céphalique (anévrisme du tronc), 464.

Bronchite pseudo-membraneuse, 332.

C

Caduque (membrane), 90, 91.

Calcanéum (fracture du), 423.

Calculs biliaires, 95, 197, 284.

— salivaires, 409.

— urinaires, 105, 262, 279, 291, 414, 422.

Canal cystique (oblitération du), 284.

— déférent (oblitération du), 87.

— de Sténou (calcul du), 409.

Cancer du cerveau, 342.

— du cervelet, 175.

— du colon, 280, 292.

— cutané, 403.

— épithélial, 7, 453.

— de l'estomac, 19, 83, 84.

— de la jambe, 420.

— de la lèvre, 453.

— du médiastin, 411, 445.

— des os, 165, 168, 454.

— du poumon, 232.

— du rein, 40.

— de l'utérus, 7, 79, 294.

- de la vésicule biliaire, 335.
- (coïncidence du tubercule et déchirure du poumon, 419.
- du), 10, 287. Défèrent (oblitération du canal), 87.
- Cancéreuse (diathèse), 165. Dégénérescence graisseuse du canal
- Carie de la première phalange du médullaire du fémur, 6.
- pouce, 427. Déplacement du testicule, 285.
- Carpe (fracture des os du), 27. Diabète, 399.
- Cartilages (usure des) 272. Diaphragmatique (hernie), 169,
- (vascularité des), 103. 313.
- (rapport des synoviales et Diathèse cancéreuse, 165.
- des), 396. — tuberculeuse, 135, 221, 416.
- Cataractes. 435. Dilatation de l'aorte, 50.
- Céphalématome, 217. — du cœur, 52, 424.
- Cerveau (cancer du), 342. — du sinus maxillaire, 413.
- (concrétions calcaires du), Disposition anormale de l'uretère,
- 306. 265.
- (épanchements sanguins du), Dissection de moignons, 316, 434,
- 44, 306. 453.
- (tubercule syphilitique du) Division du voile du palais, 95.
- 66. Doigts (amputations spontanées
- Cervelet (cancer du), 175. des), 395.
- Césarienne (opération), 55. — (carie de la première phalange
- Cœur (abcès du), 172. des), 427.
- (anévrisme du), 172, 427. — (luxation des), 422.
- (dilatation du), 52, 424. — (tumeur sanguine des), 412.
- (hypertrophie du), 50, 52. E
- (induration des valvules du), Emphysème pulmonaire, 284.
- 173. Encéphalite, 66.
- (rupture du), 156, 291, 416. Engorgement de l'utérus, 226.
- (tubercules du) 416. Epanchement de sang dans les
- Coïncidence du tubercule et du reins, 233.
- cancer, 10, 287. Epaule (tumeur fibreuse de l'),
- Colon (cancer du), 280, 292. 419.
- Concrétions calcaires du cerveau, — (luxation non réduite de l'),
- 306, 101,
- veineuses, 410. — (luxation incomplète de l'), 4.
- Corde du tympan (origine de la), Epilepsie, 306.
- 147. Erectile (tumeur) des os, 244.
- Corps étranger de la vessie, 104. Estomac (cancer de l'), 19, 83, 84.
- 397. — (hypertrophie simulant un
- caverneux (induration des), cancer), 10,
- 87. — (hypertrophie polypiforme de
- Cou (kyste du), 96. la muqueuse), 206, 399.
- (tumeur du), 106. — (inflammation de l'), 243.
- Coude (ossification des ligaments — (rétrécissement de l') 228,
- du), 271. 230.
- (tumeur blanche du), 171. — (ulcérations de l'), 79.
- Coxalgie, 135, 237, 427. — (végétations de l'), 206, 398.
- Crâne, (fracture du), 85. Éthérisation, 17, 427, 354.
- Cubitus d'un enfant acrofuléux, Exostose du tibia, 234.
- 201. F
- Cuisse (tumeur de la), 409 Fémur (cancer du), 454.

- (dégénérescence graisseuse du canal médullaire du), 6.
- (fracture du), 400.
- (luxation du) 231.
- Fibreuse (tumeur) de l'épaule, 419.
- des testicules, 231.
- de l'utérus, 7, 11, 26, 159, 178, 197, 402.
- des viscères, 232.
- Fièvre intermittente, 266.
- Foie (atrophie du), 82.
- (kyste du), 294.
- peuvent-elles amener une anasarque? (les lésions du), 435.
- Fongus de la vessie, 293.
- Fracture de l'acromion, 4.
- de l'appendice xyphoïde, 423.
- du calcanéum, 423.
- du col du radius, 428.
- du crâne, 85.
- du fémur, 400.
- des os du carpe, 27.
- du pubis, 453.
- de la rotule, 452.
- par arrachement, 29.
- de la colonne vertébrale, 403.
- du rachis, 221.
- Hydatique (môle), 293.
- Hydrocèle, 103.
- Hydropsie de la trompe de Fallope, 292.
- Hypertrophie du cœur, 50, 52.
- de la muqueuse de l'estomac, 206.
- — de l'intestin, 400.
- du plan musculaire de l'estomac, 10.
- Hypospadias, 90.
- I
- Iliac (abcès de la fosse), 288.
- Induration des corps caverneux, 87.
- Infiltration sanguine de la glotte, 141.
- Intercostale (névrite), 268, 425.
- Intermittente (fièvre), 266.
- Intestins (hypertrophie de la muqueuse de l'), 400.
- (invaginations de l'), 236.
- (perforation de l'), 135, 280, 292.
- ulcérations de l'), 135, 232.
- Invaginations de l'intestin grêle, 236.
- Irritabilité musculaire, 428.
- K
- Kyste acéphalocyste de l'aisselle, 278.
- du bas-fond de la vessie, 269.
- du cou, 96.
- du foie, 294.
- de l'os maxillaire inférieur, 391.
- de l'ovaire, 8, 25, 408.
- du rein, 7.
- L
- Larynx (infiltration sanguine du) 141.
- (inflammation du), 84.
- (ulcération du), 81.
- Lèvre (cancer de la), 456.
- Lingual (anast. du N.) avec le N. mylo-hyoïdien, 5.
- Luxation du fémur, 231.
- de l'humérus, non réduite 101.
- du pouce, 122.
- (dégénérescence de l'), 419.
- Hydatides du poumon, 237.

- du sternum, 423.
- Lymphatiques du poumon, 405.
- M**
- Mal de Pott, 235, 274, 450.
- Matière rendue par les selles, 202, 412.
- Maxillaire (abcès de l'os), 89.
 - (cancer de l'os), 168.
 - (kyste de l'os), 391.
 - (tumeur du sinus), 264.
 - (dilatation du sinus), 413.
- Médiastin (tumeur cancéreuse du), 411, 445.
- Membrane caduque, 90, 91.
 - muqueuses (hypertrophie des), 206.
- Méningite tuberculeuse, 221.
- Menstruation (théorie de la), 12.
- Mésentère (ramollissement du) 86.
- Méto-péritonite, 8, 99.
- Moelle épinière (tubercules de la), 107.
- Moignon (dissection de), 316, 434, 453.
- Môle hydatique, 295.
- Monstruosités, 169, 267, 441.
- Morve, 276.
- Muqueuses (hypertrophie des membranes), 206.
- Muscles de la cuisse (transformation des), 277.
 - de la glande thyroïde, 202.
 - releveur de la paupière (paralyse du), 213.
- Musculaire (irritabilité), 428.
- N**
- Nécrose, 201, 283.
- Néphrite albumineuse, 287.
 - calculeuse, 414, 422.
- Nerf lingual (anastomose du nerf mylo-hyoïdien et du), 5.
 - optique (son anastomose avec le nerf nasal), 84.
 - sciatique envahi par un cancer utérin, 294.
- Nerveux (ganglions) de la tête, 73.
- Névrite intercostale, 268, 425.
- Névrome, 409.
- O**
- Oblitération de l'artère fémorale, 273.
 - du canal cystique, 284.
- — déferent, 87.
- des trompes de Fallope, 11.
- de la veine-cave inférieure, 288.
- de la veine-cave supérieure, 365.
- OŒsophage (pochie accidentelle de l'), 275.
 - ulcération de l'), 105.
- Opération césarienne, 55.
- Ophthalmie, 278.
- Origine de la corde du tympan, 147.
- Oreils (absence des), 228.
- Os (cancer des), 165.
 - (graisse accumulée dans le canal médullaire des), 6.
 - rachitiques, 193.
 - (tubercules des), 200, 273.
 - (tumeur érectile des), 244.
- Ossification des ligaments du coude, 271.
- Ostéite végétante, 258.
- Ovaire (kystes de l'), 8, 25, 408.
- P**
- Palais (division de la voûte et du voile du), 95.
- Paralyse du muscle releveur de la paupière, 213.
- Paraplégie, 6.
- Parotide (tumeur de la), 100.
- Perforations intestinales, 280, 135, 292.
- Péricarde (tubercules du), 296.
- Péricardite, 201.
- Péritonite (suite de perforation de l'appendice iléo-cœcale), 135.
- Pharynx (rétrécissement de la partie inférieure du) 302.
- Phlébite (veine cave inférieure), 288.
- Pied-bot, 102, 168.
- Pierres dans la vessie 104.
- Placenta (brides fibreuses du), 395.
- Pneumonie chronique, 238, 261.
- Pneumogastrique (anomalie des rameaux du N.), 406.
- Poche accidentelle communiquant avec l'œsophage, 275.
- Poignet (tumeur blanche du), 283.
- Polydipsie, 293.

- Pouce** (carie de la première phalange du), 427.
 — (luxation du), 422.
Polypes de l'utérus, 8, 337.
 — de l'estomac, 398.
Pott (mal vertébral de), 235, 274, 450.
Poumons (auscultation des), 108.
 — (déchirure du), 419.
 — (emphysème du), 284.
 — (hydatides du), 237.
 — (lymphatiques des), 405.
 — chez les diabétiques (tubercules des), 399.
 — (tumeurs des), 408, 448.
Prolapsus de l'utérus, 263.
Prostate (tubercules de la), 326, 330.
Protubérance annulaire (tumeur de la), 448.
Pubis (fracture du), 453.
Pus accumulé dans l'utérus, 33.
Pustules varioliques sur la tunique vaginale, 107.
Pyélite calculeuse, 422, 414.
- R**
- Rachis** (accumulation de graisse dans le), 6.
 — (hydatides du), 321.
Rachitisme, 193.
Radius (fracture du col, décollement et luxation de l'épiphyse du), 429.
Ramollissement du cerveau, 44.
 — du méntère, 86.
Rapport de M. BONNET (tubercules du péricarde), 299.
 — **M. CAUDMONT** (cancer du rein), 40.
 — **M. COLIN** (grossesse extra-utérine), 187.
 — **M. DELPECH** (hypertrophie de la muqueuse de l'estomac), 210.
 — **M. DEVILLE** (fracture des os du carpe), 29.—(anévrismes du tronc brachio-céphalique), 463.
 — **M. HÉRARD** (origine de la corde du tympan), 147.
 — **M. MACQUET** (variole hémorrhagique), 114.
- **M. NOTTA** (cancer de la vésicule biliaire), 335.
 — **M. RICHARD** (auscultation des poumons), 122.—(Hernie diaphragmatique), 316.
 — **M. THIBAUT** (tumeur érectile des os), 252. — (Compte rendu des travaux pendant l'année 1847), 468.
Rate (tumeurs fibrineuses de la), 99.
Rein (cancer du), 40.
 — (épanchement de sang dans le), 233.
 — (état des) dans la polydipsie, 293.
 — (inflammation du), 422.
 — tumeurs enkystées du), 7.
Rétrécissement de l'aorte, 52, 275.
 — de l'estomac, 228, 230.
 — de la partie inférieure du pharynx, 302.
Rotule (fracture de la), 452.
Rupture du cœur, 156, 291, 416.
 — de l'utérus, 33.
- S**
- Salivair** (calcul), 409.
Sang menstruel, 12.
 — des scorbutiques, 284.
Sanguine (tumeur), 403, 412.
Scorbut (état du sang dans le), 284.
Serofules, 200, 201.
Scrotum (tumeur veineuse du), 259.
Sécrétion urinaire supprimée, 81.
Sein (tumeurs du), 75.
 — (volume relatif des deux), 90.
Selles (matières rendues par les), 202, 412.
Sensoriel (ganglion), 73.
Sinus maxillaire (dilatation du), 413.
 — (tumeur du), 264.
Sternum (luxation du), 423.
Suppression d'urine, 81.
Synoviales (leur rapport avec les cartilages), 396.
Syphilitique (tubercule) du cer-veau, 66.
- T**
- Testicule** de cheval morveux, 276.
 — (déplacement du), 285.
 — **pustules varioliques** à la surface du), 107.

- (tubercules du), 95, 330, 350.
- (transformation fibreuse des), 231.
- Tête (ganglions nerveux de la), 73.
- Thyroïde (muscle de la glande), 202.
- Tibia (affection du), 200.
- (exostose du), 234.
- tumeur fibreuse du), 421.
- Tœnies, 38.
- Transposition des viscères, 231.
- Trompes de Fallope (hydropisie des), 292.
- (oblitération des), 11.
- (tubercules des), 96.
- Tubercule du cœur, 416.
- (coïncidence du cancer et du), 10, 287.
- de la moelle épinière, 107.
- des os, 200, 235, 273.
- du péricarde, 296.
- du poumon dans le dia- bêtes, 399.
- de la prostate et de la vessie, 326, 330.
- syphilitique du cerveau, 66.
- du testicule, 95, 330, 350.
- des trompes, 96.
- de l'utérus, 33.
- Tuberculeuse (diathèse), 135, 221, 416.
- (méningite), 221.
- Tumeurs blanches du coude, 171.
- du genou, 396, 405, 452.
- du pied, 102.
- du poignet, 283.
- du pouce, 427.
- cancéreuse de la poitrine, 411, 445.
- cartilagineuse de l'épaule, 419.
- du cou, 106.
- de la cuisse, 409.
- enkystées du rein, 7.
- érectile des os du pied, 244.
- examen comparatif de plu- sieurs), 419.
- fibreuses de l'utérus, 7, 11, 26, 159, 178, 197.
- des viscères, 232.
- fibrineuses de la rate, 99.
- parotidiennes, 100.
- du poumon, 408, 448.
- de la protubérance annu- laire, 448.
- sanguine, 403, 412.
- du sein, 75.
- du sinus maxillaire, 264.
- veineuse du scrotum, 259.
- Tunique vaginale (pustules vario- liques sur la), 107.
- U
- Ulcération de l'estomac, 79.
- de l'intestin, 232.
- du larynx, 81.
- de l'œsophage, 105.
- Urètre (disposition anormale de l'), 265.
- Urinaires (affection des voies) 414.
- (calculs), 105, 262, 279, 291.
- Urine (suppression d'), 81.
- Usure des cartilages, 272.
- Utérus (allongement du col de l') 402, 422.
- (cancer de l'), 99, 294.
- (engorgement de l'), 226.
- (flexion de l'), 170, 196, 225.
- (polype de l'), 8, 337.
- (prolapsus de l'), 263.
- (pus, tubercules et rupture de l'), 33.
- (tumeurs fibreuses de l'), 7, 11, 26, 159, 178, 197, 402.
- V
- Vagin (cancer épidermique du), 7.
- Vaisseaux artériels (anomalie des), 406.
- (tumeur cancéreuse des), 411.
- Varicocèle, 259.
- Variole, 84, 107, 141.
- Vascularité des cartilages, 103.
- Végétations sous-muqueuses de l'estomac, 398.
- de l'intestin, 400.
- Veines du con (anomalie des), 16.
- cave-inférieure enflammée, 288.
- cave supérieure oblitérée, 365.
- Veineuses (concrétions), 410.
- du scrotum (tumeur) 259.
- Vertèbres (fractures des), 403.

- (tubercules des), 223, 274, 450.
 — (soudure des), 274.
 Vésicule biliaire (cancer de la), 333.
 Vessie (calculs de la), 105, 262, 279, 291, 414.
 — (corps étrangers de la), 104, 397.
 — (fungus de la), 293.
 — (kyste du bas-fond de la), 269.
 — (tubercules de la), 326, 330.
 Viscères (transposition des), 231.
 — (tumeurs fibreuses des), 232.
 Voile du palais (division congénitale du), 95.

AUTEURS.

*Noms des présentateurs des
pièces ou observations men-
tionnées dans ce volume.*

- Barth, pages 202, 226.
 Beauvais (de), 77, 79, 84, 172, 173, 269.
 Berault, 10, 81, 237, 243.
 Bernard, 105, 280.
 Blain des Cormiers, 107, 288, 306, 398.
 Bleu, 165, 408.
 Blondeau, 175, 291, 316, 396, 405, 419, 427.
 Blot, 105, 174, 264, 409, 453.
 Bogros, 141.
 Bonnet, 86, 95, 235.
 Boulland, 197, 284.
 Bourceret, 448.
 Bouteiller, 263, 403, 409, 452.
 Boyer, 381.
 Broca, 101, 102, 168, 171, 201, 271, 273, 277, 435.
 Campbell, 156.
 Caudmont, 40, 104, 269, 397.
 Chapelle, 6.
 Chapsal, 263.
 Coffin, 275, 283, 285, 337, 434.
 Colin, 187.
 Corvisart, 399, 400.
 Courtin, 7, 66, 82, 170, 268, 424.
 Cruveilhier, 278, 457.
 Cusco, 5, 6.
 Delpach, 210.
 Depaul, 55, 90, 91.
 Deville, 29, 196, 459, 422.
 Dubois (Emile), 313, 441, 459.
 Dubois (Jules), 413.
 Duclos, 409.
 Dumoulin, 321.
 Dupuy, 302.
 Escalier, 8, 38, 259.
 Fano, 435.
 Faton, 373.
 Follin, 365, 410.
 Gabalda, 261.
 Giovanni-Guzzo 33.
 Giraldès, 96.
 Godart, 159, 202, 221, 233, 287, 295.
 Gosselin, 87.
 Gosset, 402, 436.
 Grivot-Grandcourt, 8.
 Gros, 73, 84, 405.
 Gruby, 416.
 Gubler, 408, 427, 428.
 Guibout, 19, 27, 391.
 Hannois, 213.
 Hérard, 147, 200.
 Heurle (d'h), 50.
 Houel, 4, 89.
 Huette, 400, 454.
 Lacaze-Duthiers, 284, 291, 292, 293, 422.
 Laffley, 183, 332.
 Lepelletier, 85, 296.
 Letixerant, 279, 283, 293, 294.
 Leudet, 95, 96, 206, 358, 361, 445.
 Lunier, 173, 201, 237, 265.
 Macquet, 75, 99, 100, 144, 238, 278.
 Mailliot, 52, 108.
 Moreau, 395.

Moutard-Martin, 81. Rieux, 217.
 Notta, 16, 83, 95, 197, 258, Ripault, 90.
 335, 342, 412. Robert, 350.
 Pénard, 11, 287. Rollet, 454.
 Picaud, 178. Simon, 135.
 Pigné, 107, 169, 193, 228, Triquet, 414, 450.
 230, 231, 232, 235, 236, Thibault, 252, 463.
 267, 274, 276, 277, 403, Verneuil, 244.
 406, 411, 419, 423. Viard, 234, 326, 330.
 Richard, 99, 122, 316, 412. Willemin, 44.

ERRATA.

Page 38, au lieu de 16 décembre 1846, lisez 15 janvier 1847.

P. 108, ligne 7. *Au lieu de lire seulement* : On entend pendant l'inspiration, lisez : On entend pendant l'inspiration et l'expiration.

P. 110, ligne 14, *au lieu de* : divergeance, lisez : divergence.

P. 111, lignes 19, 20 et 21, *supprimez ces mots* : la durée relative de ces bruits peut se trouver chez les mêmes individus dans les rapports de 3 à 1, de 4 à 1, etc.

P. 112, ligne 18, *au lieu de* : de difficulté, lisez : de la difficulté.

P. 114, l. 18 et 19, *au lieu de* : Le sternum est plus court, et ne descend que jusqu'au niveau du plan de la cinquième, lisez : Le sternum est plus court, et ne descend que jusqu'au niveau du plan de la quatrième côte, tandis que chez l'homme, il descend jusqu'au niveau de la cinquième.

P. 115, Retrancher le dernier mot de la huitième ligne, qui est répété au commencement de la ligne neuvième.

P. 115, retranchez la virgule qui termine la ligne onzième.

P. 115, avant-dernière ligne, lisez : signs, au lieu de : sign.

P. 118, l. 14, ajoutez un point sur la virgule.

P. 120, l. 21, mettez une virgule à la place du point avec la virgule.

P. 120, l. 23, retranchez : et s'élève.

P. 122, l. 11, lisez : vu, et non pas vue.

Page 160, l. 6, au lieu de trouve, lisez : dénote.

— l. 10, des ronehus, lisez : du ronehus.

l. 17, au lieu de : ne pouvait, *lisez* ne paraît.

P. 164, l. 2 et 3, au lieu de : tubercules crus volumineux et des granulations, *lisez* : tubercules crus volumineux. Des granulations se voient, etc.

l. 12, au lieu de : autour, *lisez* : antérieur.

P. 202, l. 16 : au lieu de : Musculus levator glandulæ thyreoideæ (exemple du Sœmmering; *lisez* : Musculus levator glandulæ thyreoideæ de Sœmmering. (Exemple du).

P. 204, l. 21, au lieu de : au niveau de la gauche, *lisez* : au niveau de la lame gauche.

P. 225, l. 15, au lieu de Louis Corvisart, *lisez* : Lucien Corvisart.

P. 226, au lieu de Bull., n. 7, *lisez* B. 8.

P. 295, l. 16, au lieu de hémorrhagie interne, *lisez* : hémorrhagie utérine.

FIN.



1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

UNIVERSITY

3 9015

